



UNIVERSITATEA DE STAT DIN MOLDOVA
Facultatea de Sociologie și Asistență Socială

Maria BULGARU

ASISTENȚA SOCIALĂ
fundamente teoretice și practice
(Manual)

*Aprobat de Consiliul
Facultății de Sociologie și Asistență Socială
a Universității de Stat din Moldova*

Chișinău – 2009
CEP USM

CZU 364.6(075.8)

B 91

Recomandat de Catedra de Asistență Socială

Autor: *Maria BULGARU*, doctor habilitat, profesor universitar

Recenzenți: *Maria ROTH-SZAMOSKÖZI*, doctor, profesor universitar,
Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, România
Valentina PRIȚCAN, doctor, conferențiar universitar,
Universitatea de Stat „A.Russo” din Bălți

Lucrarea de față reprezintă o analiză și o sistematizare a principalelor componente ale asistenței sociale, a principalelor etape de dezvoltare, a fundamentelor ei teoretice și practice, o atenție deosebită acordându-se asistenței sociale a familiei.

Manualul este destinat studenților din instituțiile de învățământ superior, mediu special de profil umanitar, asistenților și lucrătorilor sociali din diferite domenii, tuturor celor ce se interesează de problemele asistenței sociale.

Redactor: *Ariadna STRUNGARU*

Tehnoredactare computerizată: *Oleg BULGARU*

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Bulgaru, Maria

Asistența socială : fundamente teoretice și practice : (Manual) / Maria Bulgaru ; Univ. de Stat din Moldova, Fac. de Sociologie și Asistență Socială. – Ch.: CEP USM, 2009. – 495 p.

50 ex.

ISBN 978-9975-70-809-8

364.6(075.8)

B 91

© M.Bulgaru, 2009

© USM, 2009

ISBN 978-9975-70-809-8

*Dedic această carte soțului meu –
reazămul meu în toate, parte din Eu-l meu*

SUMAR

ARGUMENT.....	7
Un manual destinat formării asistenților sociali profesioniști.....	9
PREFAȚĂ.....	11
Capitolul I. DIMENSIUNI CONCEPTUALE ALE ASISTENȚEI SOCIALE.....	13
1.1. Ce este asistența socială?.....	13
1.2. Asistența socială în cadrul sistemului de protecție socială.....	28
1.3. Obiectivele asistenței sociale.....	39
1.4. Asistența socială ca sistem.....	42
1.5. Domenii și tipuri de activități asistențiale.....	44
1.6. Niveluri de intervenție în practica asistenței sociale.....	50
1.7. Cine este asistentul social?.....	56
1.8. Beneficiarii asistenței sociale.....	71
1.9. Valori, principii și dileme etice ale asistenței sociale.....	78
Capitolul II. DIN ISTORIA ASISTENȚEI SOCIALE.....	108
2.1. Devenirea asistenței sociale ca domeniu distinct de activitate socială.....	108
2.2. Dezvoltarea asistenței sociale în România.....	131
2.3. File din evoluția asistenței sociale în Moldova.....	149
Capitolul III. STATUTUL ȘTIINȚIFIC AL ASISTENȚEI SOCIALE.....	188
3.1. Componente structurale ale asistenței sociale ca știință.....	188
3.2. Caracterul interdisciplinar și integrativ al asistenței sociale.....	204
3.3. Dimensiunea metodologică a asistenței sociale.....	206
3.4. Clasificări ale metodelor asistenței sociale.....	222

Capitolul IV. FUNDAMENTE TEORETICE ALE ASISTENȚEI SOCIALE.....	242
4.1. Asistența socială în sistemul științelor.....	242
4.2. Rolul și funcțiile teoriei în asistența socială.....	254
4.3. Etape în evoluția teoriei asistenței sociale.....	259
4.4. Tipuri de teorii și modele aplicate în asistența socială.....	269
4.5. Teorii specifice ale asistenței sociale.....	308
Capitolul V. FAMILIA CA OBIECT AL ASISTENȚEI SOCIALE.....	346
5.1. Definierea familiei. Tipuri de familie.....	346
5.2. Funcțiile familiei.....	366
5.3. Stiluri alternative de viață familială.....	373
5.4. Tendințe în evoluția comportamentelor și modelelor familiare.....	375
5.5. Probleme ale familiei și implicații ale asistentului social în depășirea lor.....	382
Capitolul VI. METODEDE ȘI TEHNICI APLICATE DE ASISTENTUL SOCIAL ÎN LUCRUL CU FAMILIA.....	397
6.1. Observația.....	397
6.2. Ancheta socială.....	407
6.3. Interviu.....	418
6.4. Diagnoza socială.....	428
6.5. Istoricul social, genograma, ecomapa.....	433
6.6. Metoda biografică.....	439
6.7. Studiul de caz familial.....	443
6.8. Terapia familială.....	451
6.9. Consilierea.....	461
6.10. Sculptura familială.....	466
6.11. Cartea Vieții.....	468
ANEXE.....	475

ARGUMENT

Asistența socială este o nevoie stringentă a Republicii Moldova, țară în care dezvoltarea economică de până acum nu a reușit să atenueze efectele restructurării proprietății și ale sărăcirii populației. Pentru ca formarea asistenților sociali să răspundă misiunii sale, ea trebuie să dispună de manuale prin care să se poată transmite studenților cunoștințele fundamentale ale disciplinei. Lucrarea doamnei profesor Maria Bulgaru *Asistența socială: fundamente teoretice și practice* este un astfel de manual complex de asistență socială, cu o structură logică, pe cât de cuprinzătoare, pe atât de clară. Cele șase capitole ale cărții discută dimensiunile conceptuale ale asistenței sociale, evoluția ei istorică, statutul ei științific actual, fundamentele teoretice, obiectul de studiu și metodele de lucru aplicate de către asistenții sociali în munca lor cu familiile.

Caracterul integrativ al lucrării este prezent în fiecare capitol. În prima parte, autoarea reușește să analizeze diverse modele naționale de activități asistențiale în funcție de moștenirea culturală și atitudinea politică a diverselor societăți. În paralel cu aceste analize sunt prezentate diverse tipuri de școli și formări în asistența socială. Acestea au promovat și continuă să promoveze diverse funcții sociale. Realizarea acestora este posibilă prin rolurile profesionale ale asistenților sociali: de consultant (de mobilizator, de facilitator, de planificator, de observator), rolul de manager de resurse (de broker, de avocat, de mediator, de activist social și de catalizator), de educare/formare/informare.

În definirea asistenței sociale, Maria Bulgaru pune în valoare conceptele cel mai des vehiculate în literatura de specialitate autohtonă și est-europeană, cum ar fi cele care circumscriu protecția socială în vederea reducerii marginalizării și a riscurilor pentru societate, precum și adaptarea indivizilor la cerințele sociale. Sunt tratate, de asemenea, concepte familiare în asistența socială contemporană anglo-americană, adoptate ca valori centrale de către Federația Internațională a Asistenților sociali: schimbare socială, justiție socială, mobilizare și participare. Autoarea marchează apariția asistenței sociale moderne prin instituționalizarea serviciilor de ajutor și apariția unor programe, regulamente, metodologii și strategii corespunzătoare rezolvării problemelor sociale.

Prezentate în al doilea capitol, aspectele de istorie a profesiei permit cititorului să reconstituie evoluția modelelor asistențiale, punându-le în legătură cu prioritățile, valorile și dezideratele societale. În a doua jumătate a secolului al XX-lea, formele de asistență socială a categoriilor vulnerabile de populație s-au dezvoltat în cadrul unor modele de politici sociale, în funcție de orientările politice ale diferitelor perioade. Acest al

doilea capitol marchează, din punct de vedere istoric, printre altele, atât elementele comune, cât și pe cele diferențiatore ale devenirii asistenței sociale în România și în Republica Moldova.

Capitolul al treilea explică statutul științific al asistenței sociale prin obiectul ei de cercetare (acordarea ajutorului), modelele ei teoretice, principiile și metodele ei. Specificul academic al asistenței sociale constă în caracterul ei interdisciplinar, integrativ și aplicativ. Autoarea remarcă în mod deosebit caracterul integrativ al cunoștințelor de asistență socială, preluate din diverse științe sociale și îmbogățindu-le sensurile. Ele privesc dezvoltarea și adaptarea persoanelor, a familiilor, a grupurilor și a comunităților asistate și presupun aplicarea conceptelor în contextul pragmatic al acțiunilor de ajutor. Astfel, spune autoarea, „tendența de integrare, spre o identitate interdisciplinară/multidisciplinară, devine o calitate inerentă a asistenței sociale”. Capitolul al patrulea privește fundamentele teoretice ale acordării ajutorului și îl completează firesc pe cel privind statutul de știință al asistenței sociale, prezentând reperele ei epistemologice. Sunt prezentate criteriile semnificative de clasificare a concepțiilor relevante actualmente în practica asistențială (teoria ecosis-temeleor, cea tranzacțională, a atașamentului etc.) Următorul capitol abordează problematica asistării familiei. Aici autoarea își demonstrează apartenența profesională la sociologie, prezentând atât teoriile sociologice, cât și problemele sociale ale familiei în societățile actuale. Ultimul capitol continuă abordarea familiei, fiind destinat descrierii metodelor și a tehnicilor aplicate de asistenții sociali în lucrul cu familia. Un spațiu larg este acordat tehnicilor de adunare a datelor și instrumentelor de tip diagnostic (de exemplu, observația participativă, interviul, genograma, ecomapa, metoda biografică), dar nu lipsește nici prezentarea unor metode de intervenție și de terapie destinate soluționării problemelor (terapia familială, consilierea, cartea vieții etc.).

După părerea autoarei, în asistența socială, mai mult decât în alte domenii, teoria trebuie să se afle într-un permanent contact cu practica. De aceea, cartea aici prezentată îmbină reperele teoretice cu cele acționale, oferind cititorului o largă perspectivă în privința rezolvării unor cazuri. Aspectele dezbătute în volum și întregul mod de prezentare sunt interesante, bogate în informații și atractive. În concluzie, nu putem decât să felicităm autoarea pentru această publicație și să recomandăm publicarea volumului.



Maria Roth

*doctor, profesor universitar,
șef al Catedrei de Asistență Socială,
Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca*

Un manual destinat formării asistenților sociali profesioniști

Transformările contradictorii de liberalizare a pieței au fost însoțite în Republica Moldova, alături de declinul economic, și de apariția unor grave probleme sociale (sărăcia maselor largi de oameni, șomajul, copiii străzii, abandonul copiilor, dependența de droguri, traficul de ființe umane, excluderea socială etc.), a căror depășire este de neconceput fără schimbări profunde în sistemul de protecție socială. Este vorba, în primul rând, de necesitatea dezvoltării serviciilor de asistență socială, menite a sprijini persoanele aflate în dificultate, servicii care rămân a fi încă puține la număr. Un șir de dificultăți țin de lipsa personalului capabil să dezvolte activități specializate de intervenție, de pregătirea asistenților sociali. Lucrarea *Asistența socială: fundamente teoretice și practice* se înscrie reușit în lista publicațiilor doamnei profesor Maria Bulgaru, care vin să acopere golul de manuale, materiale didactice necesare studenților, profesorilor din instituțiile de învățământ superior din Republica Moldova, tuturor celor implicați în pregătirea asistenților sociali profesioniști.

Cercetător și pedagog talentat, doamna Maria Bulgaru ne prezintă prin manualul de față o imagine bogată și adecvată a asistenței sociale, privită ca un fenomen social complex ce ne apare în mai multe ipostaze: ca gen de activitate socială, ca profesie, ca sistem educațional de formare a specialiștilor, ca știință, ca sistem instituțional-administrativ etc. Deosebita capacitate de analiză și sinteză i-a permis autorului să integreze o vastă bibliografie științifică din diverse domenii: asistență socială, sociologie, psihologie, antropologie, pedagogie etc., identificând ideile-reper la fiecare din problemele cercetate în cele 6 capitole ale lucrării și completând cunoștințele destinatarului cu noi abordări ale asistenței sociale. Din această perspectivă, un interes deosebit prezintă secțiunile în care autorul tratează conceptul și evoluția asistenței sociale (în special, în Moldova), componentele structurale ale asistenței sociale ca știință, fundamentele ei teoretice și metodologice, de asemenea, conceptele cu privire la familie ca obiect al asistenței sociale, problemele acestora și implicațiile asistentului social, prin utilizarea diverselor metode și tehnici, în depășirea lor. Toate temele dezbătute în lucrare poartă amprenta personalității creatoare a autorului, demonstrând o tendință constantă de a impune cu pregnanță exigențele spiritului

științific și deschizând în felul acesta perspective originale în interpretarea fenomenului investigat.

Este remarcabil faptul că problemele abordate sunt analizate prin prisma transformărilor operate în ultimii ani în societatea moldovenească, ținându-se cont de reforma curiculei universitare, în conformitate cu cerințele Procesului de la Bologna, ceea ce atribuie lucrării o utilitate practică deosebită. Astfel, întregul conținut al manualului urmărește dezvoltarea gândirii analitice și comparative, abilităților de integrare a cunoștințelor din diverse domenii, iar în baza acestora – formarea capacităților de soluționare a problemelor cu care se confruntă diverse categorii de populație din Republica Moldova.

Merită a fi evidențiat și faptul că manualul dispune de o structură coerentă, de stil, eleganță și distincție lingvistică în expunere, ceea ce denotă prezența unei gândiri clare și ordonate a autorului.

Manualul *Asistența socială: fundamente teoretice și practice* este unul de pionierat pentru Republica Moldova, elaborat de un om de știință versat în domeniu, care a stat la începuturile instituționalizării asistenței sociale în învățământul universitar din țară și
căruia
i se datorează în mare măsură dezvoltarea asistenței sociale profesioniste, doamna profesor M.Bulgaru fiind decanul Facultății de Sociologie și Asistență Socială a Universității de Stat din Moldova și directorul Centrului Republican de Resurse pentru Asistență Socială. Cu înaltă apreciere a tuturor activităților desfășurate de doamna profesor M.Bulgaru, considerăm că manualul „Asistența socială: fundamente teoretice și practice” va fi de o importanță excepțională pentru pregătirea asistenților sociali profesioniști.

Valentina Pritcan,

*doctor în psihologie, conferențiar universitar,
decan al Facultății de Psihologie, Pedagogie și Asistență Socială
a Universității de Stat „A.Russo” din Bălți*

PREFAȚĂ

Asistența socială este una dintre premisele ce asigură bunul mers al societății democratice, dat fiind că reprezintă un model specific de protejare socială a oamenilor și a drepturilor lor. Menirea asistenței sociale rezidă în a asigura adaptarea persoanelor la societatea în care trăiesc, în a contribui la formarea unei societăți incluzive pentru toți cetățenii ei. Prin această misiune ea devine garant al stabilității sociale și politice, atât de necesare, în special, la etapa actuală. Or, în condițiile multiplelor discrepanțe în ceea ce privește producerea bunăstării colective echitabile, asigurarea unui trai decent pentru toți cetățenii, fără un ajutor adecvat oferit celor ce nu pot ține piept la competiția economiei de piață, societatea se poate pomeni în orice moment dezzechilibrată de mișcări sociale. Disfuncțiile interne generate de mecanismele economiei de piață au impus statele civilizate să intervină în configurația proceselor sociale prin promovarea politicilor sociale redistributive, realizate în mai multe forme, una dintre acestea fiind asistența socială. Necesitatea asistenței sociale este dictată, însă, nu doar de problema redistribuirii bunurilor materiale. Cea mai importantă misiune a asistenței sociale constă în reproducerea și conservarea resurselor umane, susținerea și dezvoltarea relațiilor dintre diferite clase, grupuri sociale, consolidarea lor în rezolvarea problemelor de importanță națională/statală.

Asistența socială a devenit o realitate și pentru Republica Moldova. Din această perspectivă, Republica Moldova se află în prezent într-o perioadă de instituționalizare a asistenței sociale, caracterizată de mai multe realizări în ceea ce privește dezvoltarea

cadrelui juridic, sistemului de servicii asistențiale, formarea resurselor umane etc.

Începând cu 1998 asistența socială devine o componentă inalienabilă a curiculei universitare. Actualmente, asistenții sociali sunt pregătiți în cadrul mai multor instituții de învățământ superior din Republica Moldova (Universitatea de Stat din Moldova, Universitatea de Stat „Alecă Russo” din Bălți, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Universitatea Liberă Internațională din Moldova), de ale căror performanțe va depinde calitatea serviciilor oferite. Până în prezent se simte, însă, o lipsă acută de materiale didactice integrate și axate pe transformările produse în societatea moldovenească în perioada de la 1990 încoace.

Prin manualul de față autorul și-a propus să analizeze și să sistematizeze principalele componente ale asistenței sociale, principalele etape de dezvoltare, fundamentele ei teoretice și practice, acordând o deosebită atenție asistenței sociale a familiei – cea „societate în miniatură” de a cărei integritate, după spusele lui F.Adler, depinde securitatea întregii societăți umane.

La elaborarea manualului s-a ținut cont de cerințele curiculei universitare, astăzi mult extinse, de standardele de pregătire a asistenților sociali în instituțiile de învățământ superior. Tot ei sunt destinatarii acestui manual, precum și studenții din instituțiile de învățământ mediu special de profil umanitar, asistenții și lucrătorii sociali din diferite domenii, toți cei ce se interesează de problemele asistenței sociale.

Autorul

Capitolul I

DIMENSIUNI CONCEPTUALE ALE ASISTENȚEI SOCIALE

1.1. Ce este asistența socială?

Astăzi trăim într-o lume caracterizată de mari realizări și avansare pe treptele progresului în cele mai diverse domenii: economie, știință, tehnică, sănătate, nivel de trai etc. Este o lume cu posibilități pentru echitate și bunăstare a tuturor. În același timp, lumea contemporană este marcată de adânci contradicții și conflicte, tensiuni și scindări sociale, de creșterea inegalității în distribuția veniturilor, de un grad ridicat de vulnerabilitate nu numai a persoanelor aparte, ci și a comunităților, societăților în întregime. În asemenea condiții, după cum demonstrează experiența mondială, nici un stat nu poate obține prosperarea, bunăstarea individuală și colectivă fără un efort susținut de construcție socială, fără a dispune de un sistem dezvoltat de protecție socială, care să protejeze persoanele aflate în dificultate.

Toate acestea au devenit probleme stringente și pentru Republica Moldova, aflată în perioada de tranziție spre economia de piață. După cum menționează majoritatea analiștilor occidentali, economia de piață reprezintă cel mai bun mecanism economic cunoscut, care contribuie la progresul social dar el este departe de a fi perfect. Or, economia de piață generează o serie de distorsiuni sistematice în bunăstarea pe care o produce, ea s-a dovedit a fi teren fertil de noi probleme sociale: șomaj, copiii străzii, sărăcia unei mase largi a populației, excluziunea socială etc.

Astfel, transformările contradictorii de liberalizare a pieței, însoțite în țara noastră de declinul economic și diferențierea de avere, au condus la crearea unei adevărate prăpastii ce detașează net majoritatea săracă a populației de o foarte mică parte a celor bogați. Într-o situație deosebit de grea s-au pomenit în special familiile cu mulți copii, copiii orfani sau abandonati, persoanele cu dizabilități, pensionarii. Crește numărul familiilor dezorganizate, al persoanelor dependente de drog, al celor aflate în conflict cu legea, ia amploare fenomenul șomajului, sute de mii de cetățeni pleacă în străinătate în căutarea unui loc de muncă pentru a-și asigura existența etc. Or, pe fondul noilor schimbări au apărut greutăți insurmontabile, pe care cea mai mare parte a populației nu le poate depăși de sine stătător. Această stare a lucrurilor impune necesitatea unor corecții prin mecanisme exterioare economiei, prin dezvoltarea unei politici sociale și a unui sistem complex de servicii de protecție socială, menite să sprijine persoanele aflate în dificultate, să contribuie la crearea bunăstării colective.

Nevoia de asistență socială nu este însă proprie doar societății contemporane. Ea a existat dintotdeauna și își va puncta prezența atât timp cât va exista civilizația umană, dat fiind că lumea nu este una perfectă. O lume fără suferințe, lipsuri, discriminări, stresuri și alte vicii este de domeniul idealului. Asistența socială vine în sprijinul oamenilor, contribuind la îmbunătățirea vieții lor, la menținerea ordinii, stabilității sociale. Tocmai din această perspectivă asistența socială a devenit o necesitate recunoscută actualmente de majoritatea guvernelor lumii, inclusiv de Guvernul Republicii Moldova.

De-a lungul istoriei, asistența socială a cunoscut o dezvoltare anevoioasă de la activitățile simpliste de acordare a ajutorului, bazat pe compasiune, la activitățile specializate de intervenție,

dezvoltate de profesioniști, pregătiți în instituțiile de învățământ superior, în scopul înlăturării carențelor, disfuncționalităților apărute în relația individ – mediu social.

Pe parcursul anilor, în literatura de specialitate a fost elaborată o varietate de definiții ale asistenței sociale. Astfel, în 1973 Asociația Națională a Asistenților Sociali (NASW) din SUA stabilea că „Asistența socială este o activitate profesională de sprijinire a indivizilor, grupurilor sau comunităților în potențarea și restaurarea capacităților proprii de funcționare și crearea condițiilor sociale favorabile acestui scop”¹.

Dezvoltarea conceptuală a asistenței sociale a fost realizată de NASW, prin elaborarea unei noi definiții, adoptată în cadrul Adunării Generale din 1982: „Profesia de asistent social, atât din perspectiva defnirii tradiționale, cât și practice, este profesia care dezvoltă cunoștințe formale de bază, concepte teoretice, deprinderi funcționale specifice și valori esențiale necesare implementării serviciilor de asistență socială într-un mod eficient și constructiv”².

Misiunea profesiei de asistent social, în accepțiunea NASW din 1996, este de a contribui la bunăstarea umană și la satisfacerea nevoilor fundamentale ale indivizilor, acordând o atenție specială persoanelor vulnerabile, dezavantajate și celor care trăiesc în sărăcie”³.

Evidențiind unele aspecte noi, *R.Barker* în 1995 definea succint asistența socială ca „știința aplicativă de sprijinire a

¹ *Standards for Social Service Manpower: Policy Statement 4.* –Washington D.C.: National Association of Social Workers, 1973, p.4.

² *Ibidem*, p.5.

³ *Code of Ethics.* –Washington D.C.: National Association of Social Workers, 1996, p.1.

indivizilor pentru a realiza o funcționare eficientă la nivel psihosocial”¹.

Preocupat de identificarea conceptului asistenței sociale, M. Gibelman (1995) consideră că există o diversitate de modalități prin care poate fi făcut acest lucru: prin intermediul sectoarelor de activitate (sănătate, învățământ etc.), domeniilor practice (școli, închisori, spitale, primării), tipurilor de agenții (guvernamentale, nonprofit, ONG-uri), funcțiilor îndeplinite (servicii directe, supervizare), categoriilor de beneficiari (persoane cu handicap, copiii străzii, persoane delincvente, infectate HIV/SIDA etc.), metodelor și tehnicilor utilizate (*case work, group work, community work*), scopurilor practice (prevenție, rezolvare de probleme, terapie), serviciilor dezvoltate (management de caz, planificarea comunitară etc.), tipurilor de probleme prezentate (depresie, șomaj)².

În anul 2000 Federația Internațională a Asistențelor Sociale (IFSW) a înlocuit definiția asistenței sociale elaborată în 1982 cu o nouă definiție, în care se accentua că „Asistența socială promovează schimbarea socială, precum și mobilizarea și participarea oamenilor pentru creșterea bunăstării... Principiile drepturilor umane și ale justiției sociale sunt fundamentale pentru asistența socială”³.

În literatura românească este utilizat pe larg conceptul doctrinarilor români Elena Zamfir și Cătălin Zamfir, care definesc asistența socială ca „...un ansamblu de instituții, programe, măsuri, activități profesionalizate, servicii specializate de protejare

¹ Barker R. *The Social Work Dictionary* (3th ed.). –Washington D.C.: NASW Press, 1995, p.221.

² Gibelman M. *What Social Workers Do*. –Washington D.C.: NASW Press, 1995.

³ Miley K.K., O’Melia M., Dubois B.L. *Practica asistenței sociale*. –Iași, 2006, p.28.

a persoanelor, grupurilor, comunităților cu probleme speciale, aflate temporar în dificultate, care, din cauza unor motive de natură economică, socioculturală, biologică sau psihologică, nu au posibilitatea de a realiza prin mijloace și eforturi proprii un mod normal, decent de viață”¹.

Conform legislației românești, asistența socială „reprezintă ansamblul de instituții și măsuri prin care statul, autoritățile publice ale administrației locale și societatea civilă asigură prevenirea, limitarea sau înlăturarea efectelor temporare sau permanente ale unor situații care pot genera marginalizarea sau excluderea socială a unor persoane”².

O definiție similară găsim și în Legea Asistenței sociale (nr.547-XV), adoptată de Guvernul Republicii Moldova la 25 decembrie 2003. Astfel, în articolul 1 al acestei legi citim că asistența socială este o „componentă a sistemului național de protecție socială, în cadrul căruia statul și societatea civilă se angajează să prevină, să limiteze sau să înlătore efectele temporare sau permanente ale unor evenimente considerate drept riscuri sociale, care pot genera marginalizarea ori excluderea socială a persoanelor și a familiilor aflate în dificultate”.

După cum observăm, toate aceste definiții nu se exclud, ci se completează reciproc, descoperind noi aspecte ale asistenței sociale, a cărei misiune rămâne a fi însă cea de a contribui la satisfacerea nevoilor fundamentale ale indivizilor, grupurilor, comunităților aflate în dificultate, la restaurarea capacității de funcționare socială normală a acestora, având ca finalitate crearea bunăstării lor, prin mobilizarea resurselor umane, materiale și instituționale existente în societatea respectivă.

¹ Zamfir C., Zamfir E. (coord.). *Politici sociale. România în context european*. –București, 1995, p.100.

² *Legea nr.705/201 privind sistemul național de asistență socială*, art.2.

Definițiile enumerate ne permit, de asemenea, să constatăm că asistența socială este un fenomen social complex ce se prezintă în mai multe ipostaze: ca gen de activitate socială; ca profesie; ca sistem educațional de formare a specialiștilor; ca știință; ca sistem instituțional-administrativ etc.

Ca gen de activitate socială, asistența socială este orientată spre armonizarea relațiilor dintre indivizi și mediu prin oferirea de ajutor / sprijin (utilizând diverse metode și mijloace) persoanelor aparte, grupurilor de oameni, comunităților ce întâlnesc dificultăți de funcționare normală în societate, de asemenea prin schimbarea sau reformarea unor componente ale sistemului social (instituții, politici sociale etc.). În calitate de activitate profesională asistența socială include trei sfere mari: asistența socială la nivel de individ și familie; asistența socială la nivel de grup; asistența socială la nivel de comunitate. Asistența socială este o acțiune socială care urmărește crearea condițiilor favorabile unui trai decent pentru toți membrii unei societăți, prin mobilizarea resurselor interne ale indivizilor, precum și ale celor sociale.

Asistența socială nu se reduce însă numai la lucrul direct cu indivizi, grupuri sau comunități. În țările dezvoltate, specialiștii în acest domeniu sunt solicitați tot mai mult să lucreze în administrația publică sau în sectorul privat (profit sau nonprofit) pentru asigurarea unor servicii specializate, dar și în vederea furnizării de consultanță specializată. Asistența socială urmărește, de asemenea, scopul înzestrării celor aflați în nevoie cu cunoștințe și competențe specifice de a-și exprima opțiunile de politică socială prin intermediul grupurilor de presiune sau activități de lobby pe lângă forurile decizionale¹.

¹ Pop L.M. (coord.). *Dicționar de politici sociale* –București, 2002, p.118.

Ca profesie, asistența socială are un statut propriu, obiective și caracteristici proprii. După cum se știe, activitățile de tip asistențial sunt la fel de vechi precum și societatea umană. Devenirea asistenței sociale ca profesie ține însă de începutul secolului al XX-lea, când s-a conștientizat faptul că ajutorul acordat indivizilor în dificultate, precum și soluționarea problemelor sociale, al căror număr se multiplicase în urma primului război mondial, este imposibil de a fi realizată doar pe baza prestațiilor Bisericii sau prin intermediul asigurărilor sociale, destinate anumitor categorii de populație, sau prin intervenția represivă a statului, efectuată de instituțiile de constrângere specializate în menținerea ordinii sociale. Devenea tot mai clar că eficiența acestor activități depinde atât de dezvoltarea sistemelor de protecție socială, cât și de nivelul de pregătire a resurselor umane pentru acest domeniu, perfecționarea metodelor de intervenție etc. Or, dat fiind faptul că activitățile desfășurate de asistenții sociali sunt extrem de variate și complicate (identifică persoanele ce au nevoie de ajutor sociomedical, juridic, psihologic, material; contribuie la integrarea activităților diferitelor organizații și instituții statale și nestatale în oferirea de suport segmentelor de populație în dificultate, desfășoară activități cu persoanele cu dizabilități, dependente de drog, infectate HIV/SIDA, minorii delincvenți etc.), este necesar ca ei să posede o pregătire specială, să dispună de un vast orizont științific, abilități practice de aplicare a metodologiei asistențiale științifice pentru a face față sarcinilor profesionale.

Abia în primele decenii ale secolului al XX-lea într-un șir de țări s-au creat sisteme naționale de asistență socială, iar concomitent cu acestea s-a dezvoltat profesia de asistent social. Nevoia de persoane capabile să ofere un ajutor calificat, de asistență socială fundamentată științific a impus inițierea unor acțiuni ce țineau de:

- dezvoltarea unui sistem de învățământ specializat;
- elaborarea unei metodologii de intervenție asistențială;
- precizarea statutului profesiei de asistent social.

Problema pregătirii de personal specializat pentru o nouă profesie – de asistent social, a fost pusă la Congresul Internațional al Asociațiilor de Binefacere, care a avut loc în 1893, iar prima Școală de asistență socială a fost deschisă în SUA, la New York, în 1897.

Cu referire la Republica Moldova, menționăm că după 1990 a demarat procesul de reformare a sistemului de asistență socială, a cadrului instituțional și legislativ, a practicilor de intervenție asistențială. Instituționalizarea asistenței sociale în învățământ la noi în țară ține de anul 1998, când pentru prima dată profesia de asistent social a fost inclusă în Nomenclatorul specialităților pentru pregătirea cadrelor în instituțiile de învățământ superior. Primele grupe de studenți au fost înmatriculate la această specialitate în același an la Universitatea de Stat din Moldova și Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți. Ulterior specialitatea de asistență socială a fost deschisă la Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Universitatea Liberă Internațională din Moldova și la colegiile pedagogice din Cahul, Orhei și Soroca.

Planul de învățământ, aprobat de către Ministerul Educației și Tineretului (MET) la specialitatea „323. Asistență socială”, prevedea studii cu o durată de 4 ani, cu conferirea calificării „Asistent social”, iar din anul 2001 și a titlului de „Licențiat în asistență socială”. Începând cu anul 2005, când Republica Moldova a aderat la Procesul de la Bologna, învățământul universitar este organizat în 3 cicluri: ciclul I – studii superioare de licență (3 ani); ciclul II – studii superioare de master (2 ani), ciclul III – studii de doctorat (3 ani). În conformitate cu modificările operate prin Legea nr.71–XVII din 05.05.2005 și cu

Planul – Cadru, aprobat prin Ordinul MET nr.202 din 01.07.2005, învățământul universitar se desfășoară în Republica Moldova în condițiile Sistemului Național de Credite de Studii, tip ECTS, anul de studii fiind cuantificat cu 60 de credite.

Analizând conținutul Planului de învățământ, constatăm că studierea asistenței sociale reprezintă un proces complicat de însușire a cunoștințelor teoretice și de formare a deprinderilor practice în cadrul unui set divers de discipline: *de pregătire generală* (tehnologii informaționale și de comunicare, statistică socială, limbi străine, discipline socioumanistice: filosofie, economie, drept, politologie etc.); *de specialitate* (teoria asistenței sociale, metode și tehnici în asistența socială, sociologie, metodologia cercetării sociale, psihologie, psihoterapii și terapii de familie, defectologie și logopedie, medicină socială, politici sociale, managementul serviciilor sociale etc.); *de specializare* (asistența socială a familiei și copilului, asistența socială a tinerilor, asistența socială a persoanelor dependente de drog și alcool, a persoanelor cu dizabilități, a delincvenților, a șomerilor, a refugiaților, a persoanelor în vârstă etc.).

Disciplinele, incluse în programul de studii, nu sunt aceleași în toate țările, dar majoritatea din ele se studiază în toate instituțiile de învățământ, constituind și un argument convingător că pregătirea asistenților sociali performanți nicidecum nu poate fi realizată doar prin cursuri de câteva săptămâni. Calitatea unei profesii presupune o pregătire teoretică și practică de durată, competențele profesionale dobândindu-se în urma unui proces instructiv, educațional, realizat într-un sistem organizat. Nimeni nu poate să poarte un titlu profesional dacă nu a parcurs toate etapele instruirii și întreg curriculumul care presupune anumite standarde și care poate fi realizat doar în instituțiile de învățământ acreditate, abilitate cu dreptul de a pregăti cadre în acest domeniu.

Sub acest aspect, asistența socială ne apare ca ***sistem educațional de formare a specialiștilor***, incluzând întreaga totalitate de instituții implicate în pregătirea asistenților sociali.

În societatea contemporană, strategiile asistențiale, rolul și statutul asistentului social sunt în proces de reevaluare. O atenție sporită se acordă dezvoltării strategiilor de intervenție la nivel de grup și comunitate; sunt precizate scopurile, atribuțiile și rolul profesiei asistențiale, asistentul social devenind atât un agent de normalizare și control social, cât și un agent al schimbării. Indiferent, însă, de rolul pe care îl va îndeplini, asistentul social trebuie să posede o metodologie a intervenției fundamentată pe cunoștințe teoretice din cele mai diverse domenii ale științelor socioumanistice (sociologiei, psihologiei, pedagogiei, dreptului, economiei, medicinei, antropologiei etc.) care îi vor permite să depășească empirismul și bunul simț, să se simtă sigur „pe picioarele sale” în acțiunile întreprinse.

Orice profesie se bazează pe un sistem de cunoștințe specifice (atât teoretice, cât și practice), pe metode proprii de soluționare a problemelor date. În afară de aceasta, orice profesie își elaborează și un sistem de principii etice prin care se stabilesc relațiile cu beneficiarii, colegii, instituțiile exterioare. Din această perspectivă, caracterul activității profesionale impune ca, de rând cu teoria asistenței sociale, asistentul social să posede setul de valori, principii, norme, reguli care constituie codul deontologic al asistenței sociale, să fie înzestrat, de asemenea, cu calități moral-spirituale deosebite: compasiune, mărinimie, onestitate, simțul responsabilității, echității sociale etc.

Profesia de asistent social este strâns legată cu un șir de profesii adiacente / înrudite, punând uneori la îndoială statutul ei de profesie deosebită, existentă de sine stătător. Într-adevăr, după cum s-a menționat anterior, în rezolvarea problemelor umane

asistența socială are multe puncte de tangență cu psihologia, sociologia, pedagogia, dreptul etc. Ea se deosebește însă de aceste sfere de activitate prin *caracterul* său *integrativ*. Asistentul social intervine într-o anumită măsură și ca psiholog, și ca sociolog, și ca pedagog, și ca jurist. De exemplu, metodele psihologice sunt aplicate la diagnosticarea problemelor personale ale beneficiarului, metodele sociologice – în cazul studierii mediului social al individului, istoriei familiei sau comunității; metodele pedagogice – în cazul influenței conduitei beneficiarului; în calitate de jurist asistentul social ne apare în cazul oferirii consultației cu privire la diverse întrebări ce țin de legislație. Asistența socială este înrudită, de asemenea, cu medicina și alte profesii, dar nicidecum nu le substituie pe acestea. Asistentul social nu poate înlocui psihologul, sociologul sau pedagogul, medicul, juristul etc., după cum și aceștia, chiar luați împreună, nu pot înlocui asistentul social.

Deosebirea esențială a asistentului social de psiholog, sociolog etc. constă în faptul că dacă, să zicem, psihologul are în vizor psihicul omului, sociologul – relațiile lui sociale, medicul – starea sănătății lui fizice și psihice, juristul – comportamentul lui normativ etc., adică fiecare din aceștia abordează omul dintr-o singură perspectivă (a sa), apoi asistentul social percepe omul ca un individ integru, în unitatea diverselor sale laturi. O altă deosebire a asistentului social de psiholog, jurist etc. ține și de accentele puse în orientarea valorică a acțiunii lor. Astfel, dacă în acțiunile psihologului sau ale juristului se pornește de la valorile profesionale spre om ca valoare supremă, apoi în acțiunile asistentului social se produce un proces invers: de la om ca valoare supremă spre valorile profesionale. Or, pentru asistența socială este caracteristică *orientarea spre omul concret*, cu grijile și greutățile lui cotidiene; pentru profesiile înrudite – orientarea

spre funcțiile sociale îndeplinite de către acesta, spre calitățile psihice realizate, spre reglementarea normelor de drept pe care el fie le respectă sau le încalcă etc.

O trăsătură din cele mai importante ale asistenței sociale, care o deosebește esențial de celelalte profesii, ține de *caracterul ei de mediație*. Necesitatea medierii între individ și diverse instituții sociale apare atunci când cel dintâi nu-și poate realiza de sine stătător drepturile și posibilitățile sale. În acest caz, asistentul social ne apare ca mediator între beneficiar și socium. El contribuie, pe de o parte, la adaptarea efectivă a beneficiarului la mediul social dat, iar, pe de altă parte – la procesul de umanizare a acestui mediu, la diminuarea înstrăinării lui de problemele reale ale oamenilor.

Ca domeniu distinct de activitate profesională, asistența socială, trecând prin mai multe etape de dezvoltare și asimilând cunoștințe din cele mai diverse domenii, cu timpul își creează propriile teorii, metodologii și tehnologii de explicare și soluționare a problemelor, se formează ca *știință*. Din această perspectivă, asistența socială ne apare ca o totalitate de cunoștințe despre legitățile și principiile funcționării, dezvoltării și dirijării proceselor sociale concrete și a stărilor individului în condiții de viață dificile, despre protecția drepturilor și libertăților persoanei prin acțiunea cu un anumit scop asupra acesteia și a mediului social în care se află. Asistența socială este o știință socială tânără, cu un caracter interdisciplinar, dar care își are obiectul său de cercetare, legitățile proprii acestui obiect, categoriile specifice, principiile și metodologia de cercetare.

Teoria asistenței sociale s-a dezvoltat ca rezultat al cerinței crescânde din partea societății în cercetarea științifică a domeniului social, a interacțiunii dintre individ și societate, impunându-se necesitatea elaborării recomandărilor practico-metodologice

de oferire a suportului solicitat de persoanele nimerite în situații dificile. Tematica cercetărilor în domeniul asistenței sociale este extrem de vastă și ține de cadrul sistemului „mediu social-om”.

Devenirea asistenței sociale ca știință a cunoscut mai multe etape. Primii pași în dezvoltarea teoriei asistenței sociale au fost întreprinși la începutul secolului al XX-lea, concomitent cu dezvoltarea profesiei de asistent social, având-o ca reprezentant de vază pe *Marie Richmond* care a elaborat principiile asistenței sociale individualizate. Din perspectivă metodologică, asistența socială era concepută în primele decenii ale secolului al XX-lea ca un mijloc de eficientizare a intervenției medicale. Identitatea asistenței sociale putea fi însă dobândită doar prin elaborarea unei metodologii proprii, lucru realizat pentru prima dată de autoarea americană *Mary Richmond* în lucrările: *Social Diagnosis* (1917) și *What is Social Casework* (1930). Începând cu cel de-al doilea deceniu al secolului XX, asistența socială își asumă ca metodă distinctă *ajutorul psihologic individualizat (casework)*. În felul acesta, se impune ideea că ajutorul social trebuie să fie individualizat, personalizat prin construirea unei relații dinamice între asistent social și persoana în dificultate.

Mai târziu, *I.Taft* și *O.Rank* inițiază o direcție nouă în teoria și practica asistenței sociale, cunoscută ca „școala funcționalistă a asistenței sociale”, care și-a axat construcțiile nu pe diagnoză, ci pe procesul interacțiunii lucrătorului social cu beneficiarul. Dezvoltând concepțiile școlilor diagnostice și funcționaliste, *F.Hollis* și *R.Smallez* au elaborat în anii '70 ai secolului XX metode de lucru ale asistentului social cu grupul și cu comunitatea. În anii 1970-1990 teoria asistenței sociale a evoluat în patru direcții principale:

- teoria asistenței sociale individualizate;
- teoria asistenței sociale de grup;

- teoria asistenței sociale comunitare;
- teoria administrării și planificării asistenței sociale (managementul asistenței sociale).

Asistența socială poate fi privită și ca un sistem **instituțional-administrativ**, a cărui sarcină principală constă în traducerea în viață a politicii sociale a statului, orientată spre menținerea stabilității sociale, prin crearea condițiilor de funcționare optimă a fiecărui om și a mediului social în care acesta se află. Din această perspectivă, asistența socială include toate instituțiile guvernamentale și neguvernamentale, organizațiile obștești și private, centrele, agențiile, serviciile etc., prin care se realizează activitățile practice desfășurate în vederea soluționării cazurilor, precum și instituțiile speciale de învățământ superior și mediu care pregătesc specialiști în domeniu. În țările dezvoltate sistemul de instituții sociale și servicii sociale prin care se realizează asistența socială, precum și întreaga activitate de protecție socială a persoanelor, a primit denumirea de *institut al bunăstării sociale*, astfel accentuându-se explicit finalitatea acestui gen de activități.

O atenție sporită este acordată în ultimii ani abordării asistenței sociale în calitate de **instituție a dreptului securității sociale**, ea constituind în acest caz o totalitate de norme juridice, menite să reglementeze relațiile sociale (raporturile juridice) ce apar între persoana sau familia aflată în dificultate și organul abilitat, în legătură cu acordarea diferitelor prestații și/sau servicii sociale celor dintâi. Astfel, autorii români *A.Țiclea* și *C.Tufan* definesc asistența socială drept „componentă esențială a securității sociale, reprezentată de un sistem de norme juridice prin care se pun în aplicare măsurile de protecție și acordare a unor prestații familiilor cu copii, diferitelor categorii de minori și bătrâni, persoanelor cu handicap și altor beneficiari, suportate, după caz,

din bugetul de stat sau bugetele locale”¹. Or, după cum susțin și autorii C.Zamfir, E.Zamfir, S.Ghimpu, asistența socială se află în responsabilitatea instituțiilor publice specializate ale autorităților administrației publice centrale și locale, a organizațiilor societății civile, iar prin sistemul de acte normative, care o reglementează, pune în acțiune programe utilizate de puterea publică pentru aplicarea politicilor sociale.

În cele din urmă vom menționa că asistența socială înseamnă și o **realizare a dreptului omului**. Potrivit prevederilor Art.22 al Declarației Universale a Drepturilor Omului, orice persoană, în calitate sa de membru al societății, are *dreptul la securitate socială*; ea este îndreptățită ca, prin efortul național și colaborarea internațională, ținându-se cont și de resursele fiecărei țări, să obțină realizarea drepturilor economice, sociale și culturale indispensabile pentru demnitatea sa și pentru libera dezvoltare a personalității sale. În conformitate cu aceste prevederi este și articolul 47 al Constituției Republicii Moldova intitulat „Dreptul la asistență și protecție socială”, prin care se stipulează: „Statul este obligat să ia măsuri ca orice om să aibă un nivel de trai decent, care să-i asigure și bunăstarea, lui și familiei lui, cuprinzând hrana, îmbrăcămintea, locuința, îngrijirea medicală, precum și serviciile sociale necesare”.

Așadar, orice societate civilizată este obligată să asigure membrilor săi un minim de bunăstare și stabilitate, ceea ce presupune inevitabil dezvoltarea sistemului de protecție socială, o componentă importantă a căruia este asistența socială. Prin misiunea sa de ajutorare a persoanelor în situații de risc, de creștere a funcționalității sociale a indivizilor și comunităților, asistența socială se dovedește a fi un promotor al drepturilor omului, al valorilor general umane.

¹ Țiclea A., Tufan C. *Dreptul securității sociale*. –București, 2004, p.20.

1.2. Asistența socială în cadrul sistemului de protecție socială

Asistența socială constituie o componentă principală a protecției sociale. Noțiunea de asistență socială nu este însă identică cu cea de protecție socială.

Protecția socială reprezintă ansamblul tuturor instituțiilor, structurilor și rețelelor de servicii, al acțiunilor destinate creării unor condiții normale de viață pentru toți membrii unei societăți, în special, pentru cei cu resurse și capacități reduse de auto-realizare. În contextul celor expuse, autorii români *C.Bocancea* și *G.Neamțu* menționează că protecția socială constituie o totalitate de activități întreprinse de către stat, organizațiile societății civile, Biserică în scopul asigurării veniturilor pentru categoriile de persoane care nu pot dobândi resurse prin munca proprie (bătrâni, șomeri, indivizii afectați de maladii cronice severe, persoanele cu deficiențe); protejării populației față de efectele crizelor economice; protecției în caz de calamitate naturală sau de conflict armat; asigurării ordinii publice și protecției față de criminalitate, apărării drepturilor civile, protejării față de orice factor de risc¹.

Prin întregul său sistem de beneficii protecția socială este orientată spre stabilirea solidarității între toți cei care au de înfruntat un risc și cei care nu se află într-o asemenea situație, deci spre stabilirea unei solidarități intrageneraționale și intergeneraționale. Obiectivele protecției sociale sunt realizate în esență de două sisteme distincte de beneficii: beneficii contributorii și beneficii non-contributorii.

Beneficiile contributorii sunt acordate doar pe baza unei contribuții anterioare a beneficiarului la formarea respectivului fond (pentru pensii, ajutor de șomaj, pentru accidente de muncă,

¹ Bocancea C., Neamțu Gh. *Elemente de asistență socială*, p.67; Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*. –Iași: Polirom, 2003, p.126-127.

de sănătate etc.), iar mărimea sprijinului se determină în dependență de mărimea contribuției (numărul de ani în care a contribuit, mărimea anuală a contribuției). Acest sistem de beneficii axat pe principiul participării personale, cu luarea în calcul a contribuției fiecărui individ în parte, alcătuiește *asigurările sociale*. Asigurările sociale au ca scop susținerea financiară a persoanelor ce nu realizează venituri dintr-o activitate proprie, din cauza că și-au pierdut locul de muncă ori din cauza că și-au pierdut, temporar sau definitiv, capacitatea de muncă. Asigurările sociale au apărut la sfârșitul secolului al XIX-lea, în condițiile marilor riscuri la care erau supuși patronii și salariații ca urmare a frecvenței ridicate a accidentelor de muncă și a îmbolnăvirilor. Primul sistem de asigurări sociale a fost introdus în Germania de către cancelarul Otto von Bismarck, începând cu anul 1883. Se organizează mai întâi asigurările de boală, apoi cele de accidente, de invaliditate, de bătrânețe (pensiile), de șomaj etc. Germania a fost urmată repede și de alte țări. Astfel, în 1991, în Anglia guvernul liberal introduce asigurările sociale de sănătate și de șomaj. De asemenea, România se află printre primele țări din lume care au introdus asigurările sociale. Spre exemplu, prin cunoscuta Lege Nenițescu (după numele ministrului industriei și comerțului), care se extindea și asupra Basarabiei, au fost acoperite ajutorul de boală, de accidente și de înmormântare, pensiile de invaliditate și de bătrânețe.

Prin intermediul asigurărilor sociale are loc o multiplicare a modalităților de protecție socială și, totodată, o desprindere a unor categorii de populație de sistemul de asistență socială, la care ar fi trebuit să apeleze în condiții mai mult sau mai puțin umiltoare.

Actualul sistem de asigurări sociale de stat din Republica Moldova include:

- fondul de pensii;

- fondul de protecție a familiilor cu copii (indemnizații);
- fondul de asigurări împotriva accidentelor de muncă și bolilor profesionale;
- fondul de indemnizații, care include indemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă și maternitate, ajutorul de deces;
- fondul de șomaj;
- fondul de recuperare a sănătății.

Asigurările sociale sunt formate prin contribuția salariaților, a patronilor și a statului¹.

Un alt sistem de beneficii prin care se realizează protecția socială îl constituie, după cum s-a menționat, **beneficiile non-contributorii**, care sunt acordate fără condiția vreunei contribuții prealabile. Acestea se divizează în:

- *beneficii universaliste*, oferite tuturor cetățenilor fără ca ei să se afle într-o situație de risc, precum sunt, de exemplu, bunurile publice finanțate de către stat și de care beneficiază toți membrii colectivității: educație, știință, cultură, servicii medicale de urgență etc. În această categorie de beneficii intră, de asemenea, un șir de beneficii acordate în baza detectării simplei nevoi, fără a fi puse însă în dependență de situația financiară a primitorului. De felul acestora sunt, de exemplu, alocațiile familiale: alocații pentru copii, pentru mame care rămân să îngrijească copiii și altele.

- *beneficii acordate pe baza testării mijloacelor/posibilităților* de trai ale indivizilor aflați în situație de risc, care indică la faptul că respectiva persoană nu-și poate asigura prin efort propriu resursele necesare. Sprijinul este acordat deci în raport cu

¹ A se vedea: *Legea bugetului asigurărilor sociale de stat pentru anul 2008*, nr. 271 din 07.12.2007.

nevoia și fără vreo contribuție individuală la formarea fondului social (diverse forme de ajutorare, servicii pentru cei săraci, copii în situații de risc, persoane cu dizabilități etc.). Aceste beneficii, împreună cu beneficiile universaliste acordate pe baza detectării simplei nevoi, formează **sistemul de asistență socială**.

Sistemul de asistență socială se deosebește de asigurările sociale prin faptul ca este un sistem redistributiv non-contributiv. Asistența socială utilizează în mod special *bugetul de stat* sau fonduri provenite din donații ale voluntarilor și nu contribuțiile individuale de tip asiguratoriu, iar beneficiile sunt acordate nu în funcție de mărimea contribuțiilor individuale, ci în dependență de nevoia apărută.

Asistența socială nu include, deci, întregul sistem de beneficii universaliste de protecție socială. La etapa actuală se conturează tot mai accentuat orientarea statelor spre acordarea asistenței sociale pe baza analizei situației fiecărui caz în parte, evaluării trebuințelor asistatului, testării condițiilor de trai, mijloacelor, resurselor, posibilităților individuale de a soluționa problemele apărute. Spre exemplu, în art.8 (3) al Legii asistenței sociale din Republica Moldova se menționează că dreptul la prestații și servicii de asistență socială se stabilește în temeiul anchetei sociale și al actelor constatatoare.

În contextul celor menționate este necesar să se facă o distincție între asistența socială, înțeleasă, pe de o parte, ca un sistem de beneficii non-contributorii (în engleză, *social assistance*), acordate pe baza testării veniturilor (ajutor social, venit minim garantat, ajutoare de urgență, burse sociale etc.) și, pe de altă parte, ca profesie, ca disciplină de studiu și teoretică sau ca modalitate practică de abordare și rezolvare prin metode și tehnici specifice a unor probleme ale indivizilor, familiilor, comunităților (în engleză, *social work*). Traducerea din limba engleză a doi

termeni diferiți prin unul singur în limba română a creat adesea confuzii și conduce, uneori, la reducerea domeniului mult mai amplu al asistenței sociale doar la acordarea beneficiilor financiare, materiale bazate pe testarea mijloacelor¹.

În realitate, activitatea asistențială are două dimensiuni principale:

1) *dimensiunea economică*, care vizează alocarea unor resurse materiale și financiare pentru soluționarea problemelor indivizilor, familiilor, grupurilor, comunităților. În cazul dat, asistența socială în calitate de sistem de beneficii non-contributorii include mai multe tipuri de activități, precum:

- ajutorul în bani sau în natură, acordat familiilor sărace, plasate sub un anumit nivel de viață (alocații pentru copii, mese gratuite pentru cei săraci, burse pentru copiii familiilor cu venituri scăzute, burse sociale pentru studenți etc.);
- finanțarea unor instituții ce se ocupă de persoane care au nevoie de îngrijire specială permanentă: orfelinate pentru copii, instituții pentru copii / maturi cu deficiențe mintale, instituții pentru bătrâni etc. Prestațiile asistențiale, finanțate din banii publici sau din donații, sunt expresia solidarității naționale sau comunitare.

2) *dimensiunea propriu-zis socială și psihosocială*, care vizează furnizarea de servicii specializate celor în nevoie, precum sunt cele de integrare și reintegrare socială (în familie, pe plan profesional, cultural, normativ, resocializarea delincvenților, terapii de consiliere a cuplurilor dezorganizate, sprijin terapeutic persoanelor dependente de drog, infectate HIV/SIDA, victime ale

¹ A se vedea: Preda M. *Politica socială românească între sărăcie și globalizare*. –Iași: Polirom, 2002, p.81.

diverselor forme de abuz, rezolvarea problemelor persoanelor refugiate, deplasate intern etc.).

Așadar, asistența socială nu poate fi privită doar ca o protecție economică, nu poate fi redusă doar la un set de beneficii financiare, alocate săracilor, iar, în cele din urmă, ca o problemă numai a săracilor. Beneficiarii ai asistenței sociale sunt nu numai săracii, ci toate persoanele vulnerabile. Iar între cele două categorii de beneficiari semnul egalității, desigur, nu poate fi pus, căci nu toate persoanele vulnerabile sunt și sărace. Spre exemplu, persoanele cu dizabilități, dependente de drog, delincvente, infectate cu HIV/SIDA provin adesea din familii asigurate material, dar au nevoie de servicii de asistență socială oferite de asistenții sociali profesioniști.

Pe lângă dimensiunea economică există și alte dimensiuni – psihologică, socială, spirituală, care îl definesc pe orice om. Spre exemplu, există grupuri de indivizi care au nimerit în criză psihologică și au nevoie de ajutor. De asemenea, copilul are nevoie nu doar de mijloace bănești pentru îmbrăcăminte, produse alimentare etc., ci și de socializare, integrare, comunicare, formare, afecțiune etc. În același context menționăm că problema majoră care îi deranjează astăzi pe bătrâni este singurătatea. În cadrul asistenței sociale se va ține cont de toate aceste dimensiuni, urmărindu-se integrarea individului în complexul de relații sociale. Limitarea, eronată, a domeniului asistenței sociale doar la oferirea de suport bănesc (ajutoare în bani) conduce la desconsiderarea profesiei de asistent social, competențele asistenților sociali fiind reduse la rolul de birocrați, care verifică dosare și întocmesc anchete sociale. Astfel, se creează iluzia că orice funcționar al Administrației Publice Locale, chiar orice lucrător venit din orice alt domeniu poate îndeplini funcția de asistent social fără a avea o pregătire specială. Situația dată cere

să fie impuse cu strictețe unele standarde profesionale minimale pentru resursele umane din sistemul de asistență socială din Republica Moldova.

Numeroase confuzii generează și utilizarea termenului „servicii de asistență socială” conceput ca fiind identic cu termenul „servicii sociale”. În realitate, prin conținutul lor științific acești termeni se deosebesc unul de altul. Dacă ținem cont de esența conceptului „social”, atunci putem atribui la categoria serviciilor sociale orice serviciu dezvoltat în folosul membrilor societății (învățământul, cultura, sănătatea etc.). Or, *serviciile sociale pot fi abordate în două sensuri*: în sens larg și în sens restrâns. *În sens larg*, acestea cuprind, pe lângă serviciile din domeniul educațional, cultural, juridic, al sănătății etc., și sistemul serviciilor de asistență socială. *În sens restrâns*, serviciile sociale sunt abordate ca formă a asistenței sociale, adică ca o totalitate de activități desfășurate de instituțiile statale și de ONG-uri în scopul prevenirii, minimalizării sau înlăturării consecințelor negative ale riscurilor sociale care afectează o parte din membrii societății. Drept urmare, dacă, de exemplu, în cazul serviciilor sociale, în sens larg (cu caracter cultural, educațional sau juridic), beneficiar poate fi orice persoană, în cazul serviciilor de asistență socială beneficiar poate fi doar grupul sau persoana aflată în dificultate. În acest sens restrâns sunt abordate serviciile sociale în Legea asistenței sociale a Republicii Moldova (art.10), care stipulează că serviciile sociale reprezintă activități specializate desfășurate în favoarea persoanelor sau a familiilor care din cauza unor factori de natură economică, fizică sau socială nu au posibilitatea să își asigure un nivel decent de viață.

O interpretare similară a serviciilor sociale (în calitate de formă a asistenței sociale) este dată și în legislația României. Astfel, art.1 din Ordonanța Guvernului României nr.68 din

28.08.2003 privind serviciile sociale definește serviciile sociale ca ansamblu complex de măsuri și acțiuni realizate pentru a răspunde nevoilor sociale individuale, familiale sau de grup în vederea depășirii unor situații de dificultate, pentru prezervarea autonomiei și protecției persoanei, pentru prevenirea marginalizării și excluziunii sociale și promovarea incluziunii sociale¹. Sistemul serviciilor de asistență socială se referă atât la sistemul instituțional, cât și la activitățile profesionalizate, programele de acțiune, de intervenție desfășurate în vederea realizării măsurilor prevăzute de politica socială.

Pentru a omite posibilele erori, confuzii conceptuale, considerăm că termenul „servicii de asistență socială” necesită a fi utilizat strict în această formulare.

Așadar, obiectivul asistenței sociale, care constă în reinsertia persoanelor excluse social, poate fi realizat nu doar prin suport financiar, ci prin dezvoltarea unui larg spectru de forme de suport. Prin varietatea formelor de sprijin asistența socială poate fi regăsită la toate segmentele de populație. Astfel, dacă cei cu venituri scăzute așteaptă de la asistența socială preponderent un ajutor material și servicii de integrare socială, apoi categoriile de populație cu venituri mari solicită mai des soluționarea problemelor familiale (ce țin de relațiile dintre soț și soție, părinți și copii), a celor comunitare etc.

Asistența socială oferă sprijin pentru satisfacerea nevoilor umane, creșterea demnității și a capacității de autodeterminare a persoanelor asistate. Dar, pentru a reduce posibilitatea de producere a situațiilor dificile, este necesar ca indivizii înșiși să contribuie cât mai mult posibil la propria bunăstare și a celor din mediul lor apropiat, iar, drept urmare – la bunăstarea generală a societății.

¹ *Monitorul Oficial al României*, 2003, nr.619.

În alți termeni, asistența socială promovează schimbarea socială, soluționarea problemelor în relațiile interumane, ceea ce însă nu poate fi realizat în lipsa interacțiunii dintre asistentul social și persoanele asistate, dintre înșiși indivizi, dintre indivizi și întreg mediul social. În acest context, asistența socială prin dispozitivele sale de protecție socială devine instrumentul acțiunii sociale. În opinia autorului M.Autes¹, asistența socială se află la confluența acțiunii sociale și a protecției sociale, scopul ei fiind de a obține coeziunea indivizilor și emanciparea lor.

Observăm, deci, că există mai multe opinii cu privire la legătura complexă dintre protecția socială și asistența socială. Unii autori (C.Bocancea, G.Neamțu etc.) consideră că protecția socială înglobează asistența socială². Alții folosesc termenii de asistență socială și protecție socială ca sinonime. Există de asemenea și o a treia opinie, promovată, spre exemplu, de *M.Roth-Szamosközi*³, după care *protecția socială* este ansamblul de măsuri legislative și administrative al serviciilor prin care se reglementează modalitățile de sprijin oferite cetățenilor, iar procesul propriu-zis prin care cetățenii beneficiază de măsuri de protecție socială și de ajutor profesionist în vederea satisfacerii trebuințelor lor și a unei bune integrări în societate constituie *asistența socială*.

În accepțiunea noastră, asistența socială reprezintă doar o formă de protecție socială, agenda celei din urmă cuprinzând acțiuni dintre cele mai diverse. Or, termenul de protecție socială are un conținut mult mai larg decât cel de asistență socială. După cum am menționat deja, o mare parte dintre activitățile de

¹ Autes M. *Les paradox du travail social*. –Paris: Dunod, 1999, p.34.

² A se vedea: Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.127.

³ Roth–Szamosközi M. *Perspective teoretice și practice ale asistenței sociale*. –Cluj-Napoca, 2003, p.7-8.

protecție socială sunt desfășurate în favoarea persoanelor sau grupurilor aflate în dificultate prin intermediul sistemelor de asigurare socială.

Protecția socială se deosebește prin anumite aspecte și de *securitatea socială*, prima având un conținut mai larg. Securitatea socială ca protecție este acordată de către societate membrilor săi printr-un *ansamblu de dispoziții publice* contra mizeriei economice și sociale care îi amenință în caz de pierdere sau reducere importantă a câștigurilor datorită bolii, maternității, accidentului de muncă, șomajului, invalidității, bătrâneții sau decesului, presupunând și acordarea de îngrijiri medicale, de alocații familiilor cu copii¹. Resursele alocate respectivelor persoane (provenind din cotizații individuale, patronale și din bugetul statului) au caracter de drept prevăzut de lege, și nu de ajutor filantropic.

Prestațiile specifice securității sociale se înscriu în patru categorii principale: *bătrânețea* (pensii, ajutoare sociale pentru persoanele în vârstă), *sănătatea* (concedii de boală, îngrijire medicală spitalicească, rambursarea prestațiilor medicale și a medicamentelor, dotarea spitalelor, pensii de invaliditate, asistența în caz de accidente de muncă), *familia și maternitatea* (prestații familiale, ajutoare pentru maternitate, alocații pentru copii, reduceri de impozite) și *domeniul muncii* (ajutor în caz de șomaj, ajutorul social, formarea și reconversia profesională)².

Asistența socială funcționează într-un context social, economic, politic și cultural dat. Între sistemul de asistență socială și acest context există o relație directă. Or, formele de protecție și de asistență socială au un caracter național care derivă din nevoile sociale ale statelor, din problemele economice, culturale, politice

¹ Ghimpu S., Țiclea A., Tufan C. *Dreptul securității sociale*. –București: ALL BECK, 1998, p.2.

² A se vedea: Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.127.

ale fiecărei societăți în parte. Aceasta este specificat și în Legea asistenței sociale a Republicii Moldova (art.1) în care se menționează că asistența socială este „componentă a sistemului național de protecție socială, în cadrul căruia statul și societatea civilă se angajează să prevină, să limiteze sau să înlătore efectele temporare sau permanente ale unor evenimente considerate drept riscuri sociale, care pot genera marginalizarea ori excluderea socială a persoanelor și a familiilor aflate în dificultate”. Aceasta nu înseamnă însă că experiența organizării și a modalităților de intervenție nu poate fi preluată, transferată de la o țară la alta. Care și ar fi formele naționale de protecție și de asistență socială, ele trebuie să aibă în calitate de principii fundamentale respectarea demnității umane și a justiției sociale, să fie axate pe legislația internațională de protecție a drepturilor omului, precum sunt: Declarația Universală a Drepturilor Omului, Convenția internațională privind drepturile copiilor, ale femeilor, persoanelor cu handicap etc.

Asistența socială posedă un puternic fundament moral, cu rădăcini adânci în morala creștină, prin care urmărește să îmbine punctele de vedere personale cu cele ale dreptății sociale, să cultive sentimentul de iubire a aproapelui, de compasiune, de dăruire de sine, să promoveze grija față de persoanele vulnerabile. Or, rolul social al asistenței sociale este să contribuie la menținerea unității, coeziunii, solidarității populației, a echilibrului social. Prin suportul acordat grupurilor defavorizate în vederea integrării lor sociale, asistența socială facilitează menținerea ordinii sociale, contribuie la prevenirea conflictelor sociale. În contextul celor expuse, misiunea asistenței sociale ne apare ca o intervenție nu doar în favoarea persoanelor marginalizate sau cu risc de excluziune. După spusele lui B.Jordan, asistența socială este un sistem de măsuri prin care societatea

încearcă să se protejeze pe sine însăși de membrii ei vulnerabili și, totodată, să-i compenseze pe aceștia din urmă pentru consecințele negative ale economiei de piață¹.

1.3. Obiectivele asistenței sociale

Ajutorarea persoanelor în dificultate, prevăzută de asistența socială, se axează, pe de o parte, pe mobilizarea resurselor interne ale indivizilor pentru ca aceștia să-și atingă potențialul maxim în soluționarea propriilor probleme, contribuind, de asemenea, la bunăstarea colectivă a societății, iar, pe de altă parte, ea se sprijină pe mobilizarea resurselor sociale pentru realizarea unor schimbări în societate, în cadrul instituțiilor și politicilor sociale, care, la rândul lor, vor crea oportunități pentru categoriile de populație defavorizate. Or, obiectivele asistenței sociale sunt focalizate simultan atât pe persoane, cât și pe mediile sociale și fizice care le influențează. Din această perspectivă, asistenții sociali desfășoară activități foarte diverse orientate în mai multe direcții (către individ și către societate), prin care sunt realizate obiectivele specifice ale asistenței sociale, precum:

- ***Ajutorarea oamenilor aflați în nevoie să-și „amplifice capacitățile”, să-și dezvolte la un grad mai înalt propriile competențe de înfruntare și soluționare a propriilor probleme.*** De exemplu, a-i învăța să gestioneze bugetul familial, a le cultiva deprinderi de comunicare în cadrul familiei, a contribui prin diverse terapii la ameliorarea relațiilor tensionate dintre părinți sau dintre părinți și copii etc. Asistenții sociali colaborează cu beneficiarii în scopul descoperirii unor noi abordări, perspective de depășire a problemelor de viață, dezvoltării propriilor

¹ Jordan B. *Social Work and Society* // Davies M. *The Blackwell Companion to social Work*. –Oxford: Blackwell Pub., 1997, p.8-23.

deprinderi, găsirii alternativelor pentru a-și mobiliza resursele, capacitățile de autoacționare.

- ***Ajutorarea persoanelor în dificultate să obțină resursele materiale, serviciile sociale necesare pentru un nivel de trai decent.*** Asistenții sociali „conectează” / fac posibil accesul beneficiarilor la resurse și servicii sociale adecvate, în cadrul legal și cel al politicilor sociale ale țării. De exemplu, prezintă 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; ajută o mamă necăsătorită să obțină de la departamentul de stat respectiv suma de bani ce i se cuvine pentru întreținerea copilului etc. În cazul în care resursele, serviciile sociale nu există, ei dezvoltă noi oportunități, programe și servicii (locuințe sociale, adăposturi pentru victimele violenței, persoanele refugiate etc.).

- ***Stimularea organizațiilor și instituțiilor sociale în oferirea unor servicii adecvate*** indivizilor, familiilor, grupurilor care recurg la ajutor. În acest sens, asistenții sociali sensibilizează diferitele organizații și servicii la nevoile persoanelor defavorizate, marginalizate, susțin programele care plasează în centrul atenției oamenii în dificultate.

- ***Îmbunătățirea relațiilor dintre indivizii solicitanți de ajutor cu celelalte persoane, sisteme și subsisteme*** (familie, comunitate etc.) de care depinde integrarea lor socială. Aceasta va facilita adaptarea beneficiarilor asistenței sociale la exigențele mediului social.

- ***Influențarea relațiilor dintre diferitele instituții și organizații implicate în activități asistențiale*** în scopul unei bune colaborări în favoarea soluționării problemelor beneficiarilor. Prin acest obiectiv de coordonare și mediere a activităților de ajutorare se poate obține evitarea risipei resurselor destinate beneficiarilor,

utilizarea mai eficientă a eforturilor depuse, de exemplu, de două servicii de asistență socială care tratează aceeași problemă pentru îmbunătățirea situației lor.

• **Participarea la elaborarea și dezvoltarea politicilor sociale.** În cazul dat, asistenții sociali activând concomitent în calitate de agenți ai controlului social analizează problemele sociale ale segmentelor de populație defavorizate și fac propuneri pentru politici sociale diversificate, care să realizeze echitatea socială, să asigure condiții de viață decente persoanelor în dificultate. Din această perspectivă, în Republica Moldova constituie realizări importante ale profesioniștilor din organizațiile guvernamentale și neguvernamentale, precum și ale mediilor academice, adoptarea Legii asistenței sociale (25.XII.2003), a Strategiei naționale privind protecția copilului și familiei (16.VI.2003), aprobarea (de către Ministerul Sănătății și Protecției sociale, 2005), în scopul stabilirii mecanismului de implementare a Legii asistenței sociale, a unui set de acte, precum:

1. Fișa de post – tip pentru asistentul social
2. Fișa de post – tip pentru lucrătorul social
3. Codul deontologic al asistentului social
4. Regulamentul-cadru cu privire la atestarea competențelor profesionale ale asistenților sociali și lucrătorilor sociali¹.

Asistenții sociali fac presiuni întru adoptarea unor politici sociale adecvate și echitabile care să fie benefice pentru toți. Fiind martorii unor realități sociale în continuă schimbare, ei susțin modificările politicilor sociale în favoarea grupurilor discriminate și oprimate a căror demnitate a fost diminuată de diverse injustiții.

¹ A se vedea: *Standarde profesionale în domeniul asistenței sociale.* –Chișinău, 2006.

1.4. Asistența socială ca sistem

Asistența socială reprezintă un sistem social complex și deschis. Ca sistem deschis, asistența socială interacționează, face schimb permanent de informații cu alte sisteme (economic, politic, cultural etc.), ceea ce își găsește reflectare în particularitățile conținutului și modelelor sale.

În calitate de elemente constitutive ale sistemului asistenței sociale ca activitate practică pot fi numite următoarele:

- *Obiectul și subiectul asistenței sociale* (indică cine activează în sistemul asistenței sociale și asupra cui sunt îndreptate acțiunile).

- *Domeniile / sferele principale ale asistenței sociale* (reflectă domeniile / sferile sociale în care se soluționează problemele: educație, producție, sănătate etc.).

- *Instituțiile asistenței sociale* (includ serviciile / organizațiile sociale principale, centrele prin intermediul cărora se realizează activitatea asistenței sociale). Instituțiile asistenței sociale includ serviciile sociale cu caracter statal și nestatal, oficial și neoficial, voluntar, obștesc. Fiecare instituție de asistență socială își are obiectivele sale specifice. Putem deosebi două tipuri de instituții ale asistenței sociale: de profil general și specializate. Scopul *instituțiilor de profil general* este de a oferi un ajutor primar tuturor celor ce au nevoie de el. *Instituțiile specializate* oferă servicii sociale anumitor categorii de populație (centre de reabilitare, diagnosticare, aziluri pentru bătrâni, orfeline etc.).

- *Metodele asistenței sociale* (un complex de procedee și mijloace specifice de realizare a scopului și obiectivelor asistenței sociale).

- *Formele asistenței sociale* (acestea, în dependență de metode și instituții, pot fi măsuri punctuale sau sistematice; programe pe termen lung; programe aplicate la mai multe niveluri etc.).

Sistemul asistenței sociale nu este însă o sumă mecanică de elemente. Componenta principală care unește elementele sus-enumerate într-un sistem rezidă în *scopul major al activității asistenței sociale*: oferirea de ajutor persoanelor în dificultate.

În sistemul asistenței sociale pot fi deosebite mai multe niveluri:

1. *Nivelul național* este compus din instituțiile, organizațiile statale care determină și creează condiții pentru rezolvarea problemelor beneficiarului la scară națională. Acest nivel posedă caracteristici foarte generale. Conținutul asistenței sociale la nivel național este determinat de politica legislativă și socială a statului, de sistemul de administrare a protecției sociale la nivel de țară.

2. *Nivelul regional* al asistenței sociale este determinat în măsură semnificativă de nivelul național, ceea ce își găsește expresie concretă atât în realizarea actelor legislative și normative de importanță națională, cât și în adaptarea lor la specificul regiunii: indicii ei naturali, climaterici, economici, demografici etc. Particularitățile nivelului regional sunt exprimate în prioritățile direcțiilor principale ale asistenței sociale. La nivel regional, asistența socială capătă, deci, un caracter mai concret.

3. *Nivelul local* al asistenței sociale este determinat de particularitățile microsocietății concrete, de specificul său sociocultural. La acest nivel asistența socială este realizată, în esență, prin intermediul diverselor servicii sociale, asistenților sociali profesioniști și voluntarilor.

În Republica Moldova sistemul asistenței sociale este organizat și funcționează la *nivel central / național* (instituția de bază este Ministerul Protecției Sociale a Familiei și Copilului); la *nivel teritorial* (Direcțiile municipale de asistență socială și Secțiile raionale de asistență socială și protecție a familiei); la *nivel local* (responsabilitatea aparține consiliilor locale și primăriilor).

Sistemul asistenței sociale din Moldova include instituții, activități atât statale, cât și obștești, private. Aceasta permite să caracterizăm actualul sistem al asistenței sociale din Moldova ca fiind un sistem statal-obștesc.

1.5. Domenii și tipuri de activități asistențiale

După cum s-a menționat în secțiunile anterioare, nevoia de sprijin, ajutor, asistență socială acordate unei persoane, familii etc. apare atunci când acestea nu-și pot satisface trebuințele/necesitățile prin forțele lor proprii. Aceste trebuințe umane sunt extrem de variate, având la bază, potrivit opiniei lui Abraham Maslow (1943), *nevoile elementare / fiziologice* (de aer, apă, hrană, îmbrăcăminte etc.), după care urmează toate celelalte: *nevoia de protecție, securitate* (protejarea față de forțele exterioare ostile și față de diferiți factori de risc); *nevoile sociale* (de acceptare și de apartenență); *nevoia de stimă* (necesitatea individului de a i se recunoaște competențele, statutul pe care îl deține etc.); *nevoia de autorealizare* (de împlinire de sine, capacitatea de autocontrol a individului, de a se percepe ca fiind „cineva” etc.) (a se vedea *Figura 1.1*).

N.Brill (*Working with People: The Helping Process*, 1990) definește două categorii fundamentale de nevoi / trebuințe: nevoia de securitate și cea de dezvoltare personală, fiecare din ele exprimându-se în cinci domenii: cel fizic (la nivelul sistemului

biologic, material), cel emoțional (sistemul relațiilor afective, al sentimentelor), cel intelectual (al capacităților de gândire rațională), cel social (al relațiilor cu alte persoane) și cel spiritual¹.

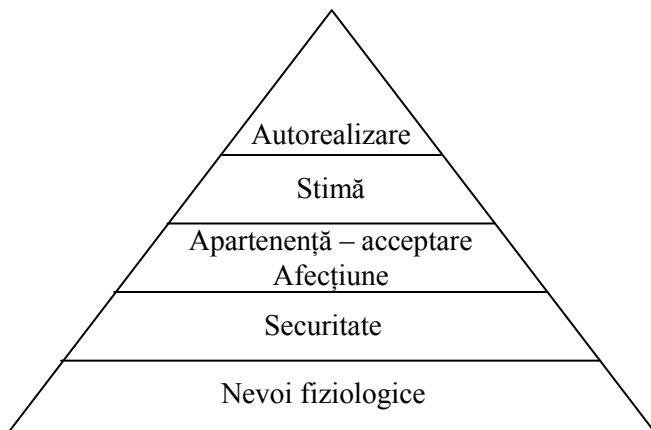


Fig. 1.1. Piramida nevoilor umane.

Există și un șir de alte clasificări ale trebuințelor, precum sunt cele propuse de *Saint-Arnaud* (1974), în dependență de „subiectul purtător” al nevoii (nevoi fundamentale, nevoi structurante, nevoi situaționale); de *Chombart Lauwe*, care în calitate de criteriu de clasificare a trebuințelor înaintează distincția dintre obiectul (conținutul) nevoii și starea declanșată de absența satisfacerii, deosebind nevoia – obiect, nevoia – aspirație; de *Bradshaw*, care, bazându-se în special pe observație, evidențiază patru categorii de trebuințe umane (nevoile normative, nevoia resimțită, nevoia exprimată, nevoia comparativă) și de alți autori.

¹ A se vedea: Roth–Szamosközi M. *Perspective teoretice și practice ale asistenței sociale*, p.42-50.

Toate aceste clasificări ne permit să cunoaștem mai profund sistemul de trebuințe umane, înșiși indivizii și, ținând cont de specificul manifestării lor la fiecare din beneficiari, să realizăm activități eficiente de intervenție asistențială¹. Or, misiunea asistenței sociale este de a contribui la satisfacerea trebuințelor biologice și sociale ale indivizilor care, la rândul lor, sunt influențate de un șir de factori definatorii ai acestora: statutul socioeconomic, genul, vârsta, abilitățile mintale, convingerile personale și religioase etc.

Domeniile, tipurile de activități asistențiale sunt în dependență de trebuințele / necesitățile specifice unui anumit segment de populație. Analizând nevoile, spre exemplu, în dependență de *criteriul de vârstă*, deosebim câteva domenii importante ale asistenței sociale: asistența socială a copiilor, adolescenților, tinerilor, adulților, vârstnicilor. Fiecare din aceste categorii de beneficiari se confruntă cu probleme, dificultăți specifice și necesită metode diferențiate de intervenție asistențială. La vârsta copilăriei, rolul esențial în asigurarea resurselor pentru realizarea întregii game de trebuințe îi revine, desigur, familiei. Cu cât mai modeste / limitate sunt aceste resurse familiale cu atât mai reduse sunt șansele copiilor de a-și dezvolta capacitățile de autoafirmare, de autorealizare. În acest caz, asistența socială, prin diverse servicii de protecție a copilului, caută să completeze aceste goluri.

Analizată *din perspectiva implicării în acțiunile de schimbare* a situațiilor neadecvate, asistența socială se concretizează în servicii de recuperare / restaurare (de exemplu, consiliere acordată copiilor care absentează de la școală din cauza nereușitei) sau în servicii preventive pentru anumite grupuri de indivizi la care se constată existența unui anumit risc (de exemplu,

¹ A se vedea: Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.155-159.

servicii de planificare familială pentru a preveni nașterile nedorite, servicii de prevenire a șomajului, a comportamentului delicvent etc.).

Există și un șir de alte criterii după care pot fi clasificate domeniile și tipurile de activități asistențiale. Astfel, în dependență de *obiectul concret*, asistența socială se realizează cu indivizi aparte, cu familii, grupuri sau cu comunitatea în întregime.

Ținând cont de *sfera vieții sociale, instituțiile sociale, locul de trai*, deosebim asistență socială în sfera producției materiale (la întreprinderi), învățământului (școli), sănătății (spitale, maternități), în sistemul organelor de drept (organele de urmărire penală, în judecată etc.), în instituțiile de detenție, în zonele rurale și urbane, în mediile socioetnice etc.

În dependență de *scară / proporții*, asistența socială se desfășoară la nivel național / central, regional, local, individual.

Din perspectiva *problemelor beneficiarilor*, asistența socială se concretizează în activități desfășurate cu persoanele sărace, cu disabilități, infectate HIV/SIDA, dependente de alcool, droguri, delincvente etc.

Ținând cont de predominarea *începuturilor profesionale sau neprofesionale*, putem vorbi de asistență socială profesionistă (axată pe o gamă largă de cunoștințe, deprinderi și abilități obținute în rezultatul procesului de instruire și activității practice) și de asistență socială neprofesionistă. După cum se știe, asistența socială ca activitate practică de ajutorare a apărut la cele mai timpurii etape de dezvoltare a societății umane, primind în decursul istoriei diferite forme. Astfel, pe parcursul a mai multor secole asistența socială se realiza în forma activităților de caritate. Ca profesie ea devine abia în sec. al XX-lea, dar aceasta nu exclude și prezența începuturilor neprofesionale.

Domeniile, activitățile de asistență socială pot fi evidențiate / clasificate și în dependență de *tipurile de beneficiari*, care se împart în beneficiari voluntari și beneficiari involuntari. În dependență de aceștia, asistența socială poate fi acordată în mod voluntar (asistență socială voluntară), când beneficiarul vine și cere ajutorul asistentului social în soluționarea unei probleme. De exemplu, o mamă are probleme de comunicare cu fiul la vârsta pubertății și manifestă dorința să coopereze cu asistentul social pentru a însuși cum să depășească conflictele apărute între ea și fiu. În alte cazuri, precum se întâmplă când este vorba de beneficiarii involuntari, persoanele în dificultate nu se adresează după ajutor asistenților sociali. În asemenea situații ajutorul este impus (asistență socială involuntară) fie prin lege (ajutor mandatat), fie prin influența unor persoane semnificative – părinți, cadre didactice etc. (ajutor nemandat). Drept exemplu de ajutor mandatat poate servi impunerea delincvenților eliberați condiționat să participe la activitățile de consiliere sau la alte activități de corectare a comportamentului. Dacă persoanele cu probleme, să zicem cele dependente de alcool sau droguri, sunt impuse să participe la activitățile asistențiale de către unii membri ai familiei (părinți, unul dintre soți etc.), atunci este vorba de un ajutor nemandat.

În dependență de instituțiile care coordonează și oferă serviciile de asistență socială, se deosebesc două sectoare importante ale asistenței sociale: 1) *sectorul public / guvernamental* de asistență socială – servicii oferite prin intermediul instituțiilor de stat; 2) *sectorul neguvernamental* – servicii oferite de organizații private, profesionale sau voluntare, finanțate, de regulă, de sponsori particulari din interiorul sau exteriorul țării.

Pentru Republica Moldova este semnificativă tendința sectorului neguvernamental de a dezvolta în ultimii ani servicii

comunitare de asistență socială prin care sunt regândite posibilitățile comunității de a-și proteja membrii. Merită a fi menționate, în special, eforturile depuse întru menținerea copiilor lipsiți de îngrijire familială în comunitate (în familii, centre de plasament, centre de zi etc.). O atenție sporită se acordă copiilor cu handicap, persoanelor de vârstă a treia care au nevoie de diferite forme de ajutor, femeilor discriminate, supuse violenței. Printre domeniile de intervenție a asistenței sociale la etapa actuală se numără activitățile desfășurate în zonele rurale, de asemenea în instituțiile școlare, medicale, cele de detenție, în centrele de mediere a conflictelor, pentru imigranți, refugiați etc.

Asistența socială poate lua forma unor servicii cu caracter general, oferind un prim suport celor aflați în nevoie, monitorizând evoluția unor probleme sociale, programe adresate rezolvării acestora, reintegrarea indivizilor sau grupurilor în circuitul unei vieți normale și autosuficiente din punct de vedere social. În majoritatea țărilor *asistența socială generală* prevede trei domenii:

- terapia socială la nivel de persoană și de familie cu scopul adaptării și reabilitării individului, rezolvării situațiilor conflictuale în contextul mediului ambiant;

- asistența socială la nivel de grupuri, acestea fiind clasificate în dependență de diferite criterii: după vârstă (copii, tineri, bătrâni), după gen, interese, probleme comune (grupuri profesionale, mame solitare, grupuri de orientare netradițională, grupuri asociale – minori delincvenți, cerșetori, vagabonzi, boschetari etc.);

- asistența socială la nivel de comunitate (după locul de trai), orientată spre dezvoltarea rețelei de servicii sociale locale,

consolidarea relațiilor comunitare, crearea climatului socio-psihologic favorabil în locurile de conviețuire compactă a oamenilor, organizarea ajutorului reciproc, dezvoltarea diverselor inițiative comunitare etc.¹

Concomitent cu asistența socială generală în toate țările este dezvoltată și *asistența socială specializată*, realizată prin servicii ce se adresează anumitor probleme particulare, cu instrumente și tehnici de diagnoză și intervenție înalt specializate (în sfera muncii, educației, sănătății, în instituțiile de detenție, în armată etc.). O abordare holistică a persoanei umane presupune îmbinarea eficientă a acestor două tipuri, forme de servicii de asistență socială.

1.6. Niveluri de intervenție în practica asistenței sociale

Asistența socială generală analizează problemele beneficiarilor în contextul întregului sistem social, depășind limitele practicii focalizate pe individ, accentul fiind pus tot mai pronunțat pe sfera extinsă a intervenției la niveluri multiple ale acestuia. Chiar dacă se concentrează asupra unor persoane, unor niveluri, asistenții sociali generaliști cuprind totul, urmăresc în timpul intervenției interacțiunile reciproce, consecințele la toate nivelurile sistemului: intrapersonal, familial, interpersonal, comunitar, instituțional și societal. Potențialii beneficiari sunt vizualizați pe întreg traseul ce se întinde de la intervențiile asistențiale la *micronivel*, la *nivel intermediar*

¹ A se vedea: *Социальная работа: теория и практика* (отв. ред. Е.И.Холостова, А.С.Сорвина), Раздел III, Глава VI; Раздел VI, Глава XIV; *Основы социальной работы* (отв. ред. Н.Ф.Басов). – Москва, 2004, Раздел II.

până la cele de la *macronivel*, de la sistemele mici la cele mari, incluzând chiar și *sistemul profesiei de asistent social* (a se vedea *Figura 1.2*).

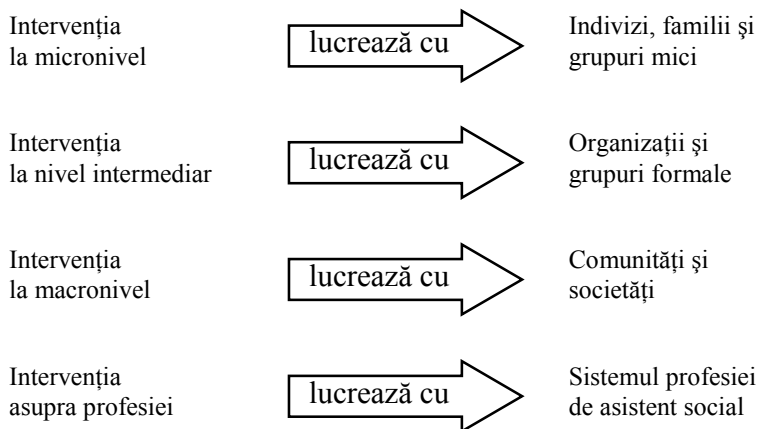


Fig. 1.2. Niveluri de intervenție în asistența socială.

1. ***Intervenția asistențială la micronivel*** se focusează pe munca cu oamenii la nivel individual, în cadrul familiilor sau al grupurilor mici pentru promovarea unor schimbări în funcționarea personală, în relațiile sociale și în modul în care oamenii interacționează cu resursele sociale și instituționale. Este vorba de anumite forme de ajutor financiar, de adaptare, de consiliere, de formare a deprinderilor de comunicare, terapii etc. pentru persoane aparte (șomeri, minori delincvenți, tineri dependenți de droguri, copii abandonati, persoane cu handicap, bătrâni singuratici, victime ale abuzurilor de orice fel etc.) sau familii, grupuri mici (familii sărace, cupluri dezorganizate etc.).

Deși intervențiile la micronivel determină schimbări în funcționarea individuală, eforturile asistenților sociali sunt îndreptate nu doar spre schimbarea indivizilor. Ei au ca

obiectiv și realizarea unor schimbări ale altor sisteme, pentru a facilita ameliorarea funcționării sociale a unui individ sau a unei familii. Aceste activități țin, deci, de lucrul cu sisteme și la alte niveluri.

2. **Intervenția asistențială la nivel intermediar** determină schimbări ale unor grupuri de lucru, echipe, organizații și în rețeaua de servicii. Or, schimbarea are loc în cadrul organizațiilor și grupurilor formale ce vizează, inclusiv, structurile, obiectivele sau funcțiile acestora. Dacă, de exemplu, lucrând cu copiii săraci, aflăm că aceștia se jenează de faptul că primesc subvenții pentru prânz, deoarece, la cantina școlii, elevii care beneficiază gratuit de masă sunt separați fizic de cei care plătesc pentru prânz, asistentul social îi poate ajuta pe acești copii, intervenind direct asupra politicii școlii. Colaborarea cu școala în ceea ce privește practica umiltoare și discriminatorie reprezintă o intervenție la nivel intermediar. Pentru dezvoltarea unor resurse și servicii de calitate este necesar să se lucreze asupra structurii agențiilor și asupra rețelei de servicii sociale.

3. **Intervenția asistențială la macronivel** facilitează schimbările sociale prin munca cu vecinătățile, comunitățile și societatea. Este vorba de promovarea dreptului comunității la o viață normală și funcțională, lipsită de violență, tensiuni psihice, sărăcie materială și spirituală; la sănătatea publică prin identificarea și lichidarea „focarelor de infecție” sanitară sau moral-comportamentală; la viața culturală etc. La acest nivel, asistenții sociali au ca obiectiv realizarea unor schimbări sociale prin organizarea vecinătății, prin planificare comunitară, dezvoltarea localității, educație publică și acțiuni sociale. Declarația unui asistent social în cadrul unei proceduri legislative reflectă o strategie la macronivel, de exemplu, în

sprijinul unei politici naționale cuprinzătoare de protecție a familiei.

Asistența socială la macronivel ține de asigurarea condițiilor materiale, a cadrului legislativ și instituțional, de formarea resurselor umane (asistenților sociali profesioniști) pentru constituirea și funcționarea normală a sistemului de asistență socială necesar întregii populații. Din această perspectivă, pentru Republica Moldova actualmente sunt prioritare următoarele probleme:

- recunoașterea rolului și a statutului asistentului social începând cu „Nomenclatorul de profesii și ocupații” al țării și terminând cu „Statele de funcțiuni” ale primăriilor, diverselor instituții (școli, spitale, penitenciare etc.), întreprinderi și servicii sociale;
- dezvoltarea unui cadru legislativ modern, axat pe valorile naționale și pe exigențele impuse de practica asistenței sociale internaționale;
- formarea unei rețele adecvate de servicii, unități sau agenții de asistență socială, finanțate de la bugetul de stat;
- sprijinirea inițiativelor particulare (asociații, echipe voluntare) de intervenție, cercetare și ajutor în domeniile specifice asistenței sociale etc.;
- formarea personalului calificat pentru asistența socială prin sistemul de învățământ universitar cu oferirea burselor finanțate de la bugetul de stat într-un număr corespunzător necesităților republicii;
- formarea unui Consiliu Național de evaluare și acreditare a tuturor instituțiilor ofertante de servicii de asistență socială;

- cooperarea interinstituțională atât pe plan intern, cât și internațional în vederea modernizării și organizării sistemului de asistență socială.

Desigur, nu poate fi făcută o delimitare strictă între niveluri, căci orice intervenție de asistență socială vizează, fie în primă sau în ultimă instanță, *individul*, satisfacerea necesităților lui.

4. ***Intervenția la nivelul profesiei*** include preocupările comunității asistenților sociali de probleme ce fac parte din sistemul profesiei de asistent social, care țin de promovarea și dezvoltarea profesiei, drepturilor și obligațiilor profesionale, de respectarea Codului deontologic al asistentului social. Activitățile de la acest nivel definesc relațiile profesionale cu colegii din domeniul asistenței sociale sau din alte domenii conexe, stabilesc prioritățile profesiei, standardele profesionale și responsabilitățile asistenților sociali etc. Astfel, printre cele mai importante responsabilități ale comunității asistenților sociali, specificate în Codul deontologic al asistentului social, aprobat de Asociația de Promovare a Asistenței Sociale din Republica Moldova, se enumără:

- prevenirea exercitării profesiei de asistent social de către persoane neavând calificarea profesională corespunzătoare;
- pledoaria (militarea) pentru ca în organizațiile prestatoare de servicii de asistență socială să activeze asistenți sociali profesioniști;
- participarea la dezvoltarea mecanismelor și procedurilor de evaluare și acreditare a organizațiilor prestatoare de servicii de asistență socială;
- promovarea instruirii profesionale continue;

- participarea la elaborarea standardelor minime de calitate pentru serviciile sociale și la evaluarea calității acestor servicii;
- promovarea cooperării cu alți specialiști în favoarea dezvoltării profesiei;
- acțiunea pentru recunoașterea socială a profesiei și oficializarea statutului profesional etc.¹

Așadar, asistentul social lucrează în scopul soluționării unor probleme care solicită intervenția lor la diverse niveluri ale sistemului. Având în vizor intervenția directă asupra indivizilor și familiilor (intervenție la micronivel), prin oferirea de educație, consiliere și facilitare a accesului la resursele comunitare necesare, munca lui reprezintă mai mult decât o intervenție la micronivel. Din această perspectivă el caută să descopere lacunele din rețeaua de servicii sociale în cazurile în care resursele de care familiile au nevoie nu sunt disponibile. Ca urmare, asistentul social lucrează cu alți profesioniști din domeniul protecției sociale, ceea ce reprezintă deja o intervenție la nivel intermediar. În continuare, împreună cu colegii din alte domenii, el dezvoltă un plan de educație comunitară pentru promovarea și aplicarea eficientă a competențelor parentale, aceasta constituind de acuma o strategie la macronivel. În cele din urmă, asistentul social analizează eficiența muncii sale, fiind la curent cu inițiativele din domeniul politicii sociale de protecție a familiei și copilului. Astfel, el face o integrare a cercetării, politicii sociale și intervenției multinivelare ce caracterizează practica asistențială generală².

¹ A se vedea: *Codul deontologic al asistentului social*. –Chișinău, 2005, Cap. 3.

² A se vedea: Miley K.K., O'Melia M., Dubois B.L. *Practica asistenței sociale*, p.32-36.

1.7. Cine este asistentul social?

Răspunsul la această întrebare se desprinde din analiza activităților, complicate și variate, ale asistentului social întrucipate în multiplele funcții și roluri pe care acesta le îndeplinește. Dintre cele mai importante **funcții profesionale ale asistentului social** putem numi:

- *identificarea și înregistrarea segmentului populației* ce s-a pomenit în dificultate și care poate deveni obiectul asistenței sociale. De exemplu: copiii abandonți, victimele violenței domestice etc.;

- *diagnosticarea problemelor* cu care persoanele vulnerabile se pot confrunta într-o anumită perioadă de timp și în anumite condiții sociale, economice și culturale. De exemplu: lipsă de adăpost, de mijloace materiale, consum de droguri, handicap fizic etc. Procedura diagnosticării include două componente interdependente: a) diagnosticarea mediului social al beneficiarului, orientată prioritar spre identificarea resurselor sociale favorabile îmbunătățirii situației acestuia, precum și a factorilor destructivi, generatori de vulnerabilitate; b) diagnosticarea personalității beneficiarului, aceasta fiind orientată spre identificarea resurselor, posibilităților personale ale beneficiarului. Informația obținută în urma unei asemenea abordări a diagnosticării ne va permite să stabilim un raport eficient dintre „activismul” beneficiarului și cel al asistentului social: asistentul social să nu-și asume sieși soluționarea problemei beneficiarului, dar să-i mobilizeze resursele personale ale acestuia, astfel stimularea autoajutorului devenind direcția principală a lucrului asistențial;

- *pronosticarea activităților și rezultatelor așteptate* care se realizează la nivel de lucru practic cu beneficiarul și la nivel administrativ. În ambele cazuri asistentul social folosește

rezultatele funcției de diagnosticare. În baza diagnosticului pus/stabilit el determină potențialul optimizării situației date, probabilitatea soluționării pozitive a problemelor, de asemenea, nivelul calității rezultatului așteptat.

La nivel administrativ funcția de pronosticare poate fi orientată spre dezvoltarea unei instituții aparte de deservire socială a populației sau a unui sistem de instituții de protecție socială din oraș, municipiu, raion etc. Făcând o analiză minuțioasă prin aplicarea diferitelor metode de diagnosticare (sondaj informațional, cartografiere socială, analiză a documentelor etc.), se scot la iveală lacunele din activitatea acestora, iar mai apoi se proiectează direcțiile / alternativele de perfecționare, de asemenea, coraportul optimal dintre posibilele cheltuieli și rezultatele așteptate în contextul fiecărei alternative.

În realizarea funcției de pronosticare la nivelul individului asistentul social trebuie să conștientizeze, mai întâi, că posibilitățile fizice, psihice, sociale ce contribuie la depășirea unei situații defavorizate sunt diferite la diferiți oameni. Drept urmare, într-un caz asistentul social se poate aștepta la un rezultat bun în lucrul cu beneficiarul, iar în altul – rezultatul poate fi redus din cauza unor condiții invincibile. În calitate de exemplu poate servi lucrul asistentului social cu șomerii și cu persoanele cu dizabilități. În cazul șomerului, restabilirea resursei pierdute (locului de lucru) poate lichida, practic, toate consecințele negative suportate de acesta, iar asistentul social poate presupune/pronostica un rezultat înalt al activității întreprinse. Cu totul alt tablou avem în cazul ajutorului oferit persoanei cu dizabilități. Pierderea unei astfel de resurse, cum este sănătatea, de multe ori este de nerestabil. În asemenea situații poate fi vorba de compensarea resursei pierdute, adică de înlocuirea maximală a acesteia cu altă resursă. Aici devine important să proiectăm care

va fi rezultatul ideal al acțiunilor întreprinse în dependență de situația în care se afla beneficiarul la momentul pronosticării. În concluzie menționăm că, indiferent de nivelul la care se va face pronosticarea, ea va fi eficientă doar atunci când se va baza pe cunoștințe științifice, acestea permițând să se prevadă tendințele dezvoltării proceselor și consecințele măsurilor practice întreprinse;

- *inovarea activității asistențiale* prin folosirea celor mai eficiente metode, a celor mai noi cunoștințe în domeniu. Or, pentru a perfecți sistemul protecției sociale, activitatea asistentului social trebuie să poarte un caracter novator. Funcția de inovare se realizează prin abordarea creativă a tehnologiilor utilizate în asistența socială (analizarea permanentă a acestora și evidențierea punctelor tari și slabe, introducerea elementelor tehnologice noi etc.), prin integrare în practică a experienței avansate din țară și de peste hotare;

- *motivarea beneficiarului*, prin care asistentul social creează condiții ce determină persoana asistată să se includă în activitatea de depășire a propriilor dificultăți. Asistentul social nu trebuie să soluționeze problemele acestuia de unul singur. Activismul unilateral (doar din partea asistentului social) în sistemul „asistent social – beneficiar” este în stare să dezvolte, în primul rând, o atitudine de dependență (uneori chiar parazită) a beneficiarului, iar în al doilea rând – o eficiență redusă a lucrului întreprins. Situația dificilă în care s-a pomenit beneficiarul poate fi învinsă numai prin eforturi depuse de el însuși. Asistentul social va susține beneficiarul, îi va orienta, corecta acțiunile, îi va asigura informația necesară, îi va reduce piedicile psihosociale (neîncrederea în forțele proprii, frica de eșec, lipsa deprinderilor necesare pentru soluționarea problemei etc.), dar nu va rezolva problema în locul lui;

- *dezvoltarea unui sistem coerent de programe*, măsuri, activități profesionale de suport și protecție a persoanelor în dificultate;

- *organizarea activităților de ajutorare*, care variază în dependență de specificul instituției, de categoria de beneficiari etc. În acest caz este necesar ca asistentul social să determine mai întâi scopul acestor activități în corespundere cu problematica socială actuală pentru comunitatea respectivă (oraș, raion, sat etc.), iar apoi să selecteze formele, modalitățile optime, prin care va fi transmis conținutul activităților preconizate să schimbe situația beneficiarului. Dacă, de exemplu, scopul activității este de a organiza timpul liber al copiilor din familiile cu venituri mici, asistentul social poate alege în calitate de forme de realizare a acestui scop organizarea secțiilor sportive, cercurilor pe interese, sărbătorilor etc.;

- *identificarea surselor de finanțare* a programelor de sprijin pentru categoriile de populație defavorizate. Aceste resurse pot proveni atât de la stat, căruia îi aparține în primul rând responsabilitatea asigurării necesităților cetățenilor săi, cât și de la finanțatori privați din interiorul și exteriorul țării;

- *stabilirea drepturilor și modalităților concrete de acces la serviciile de asistență socială* în conformitate cu cadrul legislativ instituțional din țara respectivă;

- *apărarea drepturilor persoanelor* devenite victime ale unor acțiuni nelegitime și asigurarea modalităților concrete de acces la servicii specializate de protecție și asistare. De exemplu: acționarea în judecată, însoțirea persoanelor adulte sau a copiilor victime ale violenței domestice în fața tribunalului și susținerea cauzei lor prin expertize profesionale;

- *promovarea unor strategii de prevenire* a situațiilor defavorizate. După cum se știe, situația socială contemporană este

marcată de dinamismul intens al patologiilor sociale: narcomania, alcoolismul, prostituția, delincvența juvenilă etc., fenomene care se extind cu pași rapizi de la zonele urbane spre cele rurale. Tratatamentul unei boli este însă cu mult mai costisitor decât activitățile de prevenire, profilaxie a acesteia. De aceea, funcția de profilaxie este una dintre direcțiile principale de activitate a asistentului social;

- *evaluarea serviciilor și programelor sociale* în scopul acumulării de informații privind eficiența activităților de asistență socială, care sunt necesare atât pentru perfectarea metodelor de lucru, cât și pentru asigurarea continuității, durabilității acestor activități;

- *sensibilizarea societății*, forurilor politice, comunităților asupra problemelor cu care se confruntă persoanele, familiile, grupurile aflate în situație de risc. De exemplu, organizațiile active în domeniul protecției sociale din Republica Moldova au atras atenția cetățenilor și guvernanților asupra încălcării drepturilor copiilor, copiilor victime ale violenței domestice, copiilor străzii, copiilor instituționalizați, abandonati de părinții plecați la munci în străinătate etc., pronunțându-se pentru luarea măsurilor urgente de protejare a acestora;

- *dezvoltarea unui program de cercetări științifice* la nivel național și local privind dimensiunea problemelor celor aflați în situații defavorizate și modalitățile eficiente de soluționare.

Cercetarea contribuie la perceperea comportamentului și schimbărilor intervenite în viața omului. Ea este un instrument pentru conceperea strategiilor de intervenție, pentru măsurarea eficienței intervențiilor și evaluarea practicii asistențiale. Cercetarea este esențială pentru cunoașterea experienței avansate din țară și de peste hotarele ei, pentru dezvoltarea de programe și politici sociale. Prin cercetare, consultarea permanentă a literaturii

de specialitate (reviste, manuale, monografii) asistentul social își îmbogățește sistemul de cunoștințe în domeniu, ceea ce îi va permite să desfășoare activități practice de calitate.

Rolurile profesionale pe care le îndeplinește asistentul social sunt extrem de variate. Ele sunt asociate funcțiilor asistentului social și explică natura interacțiunii dintre beneficiari și asistenții sociali în sisteme de la diverse niveluri. Printre cele mai importante roluri ale asistentului social putem evidenția următoarele:

1. Rolul de consultant – asistenții sociali și beneficiarii se sfătuiesc și deliberează împreună pentru a elabora planuri de schimbare. Ei își împărtășesc din competența lor, având ca obiectiv soluționarea problemelor personale, familiale, organizaționale și societale. Atât asistenții sociali, cât și beneficiarii contribuie cu informații și resurse necesare pentru soluționarea problemelor cu care se confruntă. Consultanța înseamnă colaborare în baza cunoștințelor, valorilor și deprinderilor asistenților sociali și beneficiarilor pentru clarificarea problemelor, găsirea punctelor forte, discutarea opțiunilor și identificarea căilor de acțiune. Activitățile de consultanță se înglobează în câteva roluri importante ale asistenților sociali, cum sunt cele de mobilizator, facilitator, planificator și coleg.

1.1. Rolul de mobilizator / enabler – prin acest rol asistentul social intervine în special la micronivel. El angajează indivizii, familiile în proces de consiliere, încurajează acțiunea, ajutând oamenii să-și identifice nevoile, să-și clarifice problemele și să-și dezvolte capacitatea de a le soluționa eficient. În calitate de mobilizator, asistentul social devine un agent al schimbării care, consultându-se cu indivizii, familia, folosește diverse abordări în scopul asigurării condițiilor necesare beneficiarilor pentru soluționarea problemelor cu care se confruntă, pentru

îmbunătățirea funcționării lor sociale prin modificări făcute la nivel de comportament, modele de relaționare și de mediu social.

1.2. Rolul de facilitator – în acest caz asistentul social ne apare ca un lider care activează participarea membrilor organizațiilor la efectuarea schimbărilor. El încurajează, stimulează sprijinul în interiorul grupului, consolidează relaționarea în cadrul organizațiilor, le ajută pe acestea să contracareze apatia și dezorganizarea¹. Din cele menționate putem concluziona că rolul de facilitator ține mai mult de nivelul intermediar al intervenției în asistență socială.

1.3. Rolul de planificator – include activități de cercetare și evaluare ale asistentului social, prin care se colectează date necesare pentru explorarea căilor alternative de acțiune și elaborarea, planificarea strategiilor, proiectelor de schimbare a comunității, de dezvoltare și susținere a resurselor, serviciilor și programelor sociale. În această ipostază asistentul social intervine la macronivel.

1.4. Rolul de coleg / observator – reprezintă rolurile de consultanță ale asistenților sociali la nivelul sistemului de asistență socială. Consultanța permanentă dintre asistenții sociali permite acestora să dezvolte activități profesionale, de calitate. În ipostaza de colegi, asistenții sociali dezvoltă parteneriate de lucru prin participarea la organizații profesionale (în Republica Moldova – Asociația pentru Promovarea Asistenței Sociale, Rețeaua ONG-urilor active în domeniul social etc.), prin colaborarea cu specialiști din alte domenii în interesul beneficiarilor. Rolul de observator al asistentului social este prevăzut și de Codul deontologic, care obligă asistenții sociali să analizeze activitățile profesionale ale colegilor lor, să recunoască și să respecte meritele

¹ A se vedea: Miley K.K., O'Melia M., DuBois B.L. *Practica asistenței sociale*, p.38.

acestora, exprimându-și în același timp eventualele critici în scopul asigurării calității serviciilor oferite, respectării standardelor profesionale. Astfel, în art.61 al Codului deontologic al asistentului social din Republica Moldova se spune că „asistentul social care are dovezi că un coleg... încalcă standardele profesiei, are obligația să informeze despre acest fapt instituțiile în drept să soluționeze cazul”.

Într-o formă schematică rolurile de consultanță, manifestate la cele patru niveluri de intervenție ale asistenței sociale, sunt prezentate în *Tabelul 1.1*.

Tabelul 1.1
Rolurile de consultanță ale asistentului social*

Nivel	Rol	Strategie
Micronivel	Mobilizator	Participarea beneficiarilor pentru a <i>găsi soluții</i>
Nivel intermediar	Facilitator	Stimularea <i>dezvoltării organizaționale</i>
Macronivel	Planificator	Coordonarea dezvoltării de programe și politici prin <i>cercetare și planificare</i>
Sistemul asistenței sociale	Coleg/ observator	Îndrumarea și sprijinirea <i>aculturației profesionale</i>

* După: Miley K.K., O'Melia M., DuBois B. *Practica asistenței sociale*, p.37.

2. Rolul de manager de resurse, prin care asistenții sociali desfășoară o diversitate de activități de descoperire a oportunităților existente, de activare a posibilităților de sprijin latente, de afirmare a dreptului la servicii. Asistenții sociali stimulează schimbul de resurse pe care beneficiarii le utilizează deja într-o

oarecare măsură, asigură accesul la resursele disponibile, dar pe care beneficiarii încă nu le folosesc, dezvoltă resurse care nu sunt disponibile în prezent. Managementul resurselor produce schimbări pozitive atunci când în aceste activități sunt implicați activ atât asistenții sociali, cât și beneficiarii. Din această perspectivă, managementul resurselor va pune accentul pe activitățile de coordonare, sistematizare, integrare, dar nu de control și dirijare. Prin rolul de manager de resurse asistentul social apare la diverse niveluri de intervenție ca *broker*, *avocat*, *unificator*, *mediator*, *activist* și *catalizator*.

2.1. *Rolul de broker* – este îndeplinit de asistentul social prin conectarea indivizilor în dificultate la resursele disponibile, prin facilitarea legăturii cu agențiile preocupate de asemenea probleme. De exemplu, e știut că pierderea sănătății (să zicem, invaliditatea) generează multiple probleme: *socioeconomice* (diminuarea nivelului de asigurare materială, disbalanță în consum, dat fiind că o parte mare de venituri se cheltuie pentru medicamente etc., pierderea locului de muncă etc.); *psihosociale* (limitarea posibilităților de comunicare; simțul de inutilitate proprie; formarea unei concepții negative despre eu-l propriu etc.); *sociopedagogice* (dificultăți în educarea copiilor, conflicte interpersonale în familie etc.). Or, persoana nimerită într-o asemenea situație are nevoie de specialiști în diferite domenii, dar ea nu este în stare să-i găsească, să se programeze la ei, să le povestească problemele pe care le are. În cazul dat, asistentul social, fiind un agent al schimbării, asigură legătura persoanei în dificultate cu serviciile de care are nevoie, coordonează programul de consultanță la specialiștii respectivi etc. Pentru realizarea cu succes a acestei funcții el trebuie să posedă informații despre toate instituțiile ofertante de serviciile necesare, precum și despre condițiile, formele, metodele de lucru cu beneficiarii, selectându-le pe

cele mai eficiente. Făcând legătura cu specialiștii respectivi, asistentul social poate caracteriza și problema beneficiarului (desigur, cu permisiunea acestuia). În felul acesta el facilitează procesul de oferire a ajutorului de către reprezentanții altor profesii și, concomitent, de primire a acestui ajutor de către beneficiar.

2.2. *Rolul de avocat* – în această calitate asistentul social acționează ca intermediar între beneficiar și diverse instituții pentru a le proteja drepturile. El argumentează, de exemplu, problemele și drepturile indivizilor în fața structurilor guvernamentale pentru a obține anumite schimbări în politica de protecție socială etc.

2.3. *Rolul de unificator și mediator* – roluri exercitate de asistenții sociali în special în cadrul grupurilor formale și al organizațiilor pentru a coordona distribuția și coordonarea resurselor. În calitate de mediator, asistentul social prin multiple discuții reunește diverși reprezentanți în realizarea obiectivelor comune de furnizare a unor servicii eficiente. În cazul în care între părți intervin dispute controversate, conflicte de interese (de exemplu, vecini în conflict, proprietarul de bloc-casă cu chiriașul etc.) asistentul social intervine prin negociere, încercând să le ajute să ajungă la un compromis. După spusele lui M.Philp, asistentul social negociază „între cei care au fost excluși de la putere și cei care au puterea de a exclude, între sănătatea în persoană și cel handicapat, între menținerea legii și încălcarea ei, între bunul-simț și limitele sale”¹.

Medierea poate fi realizată în câteva direcții principale: între beneficiar și diferite instituții sociale; între beneficiar și alți specialiști (psiholog, pedagog, medic, jurist etc.); între specialiști

¹ Philp M. *Notes on the Form of Knowledge in Social Work // Sociological review*, 1979, nr.27, p.97.

de diferite profesii, antrenați în soluționarea problemelor beneficiarului; între diferiți beneficiari. Realizarea eficientă a medierii depinde în primul rând de măsura în care asistentul social cunoaște problemele beneficiarului și este devotat acestuia; de gradul de profesionalism manifestat prin ample abilități de analiză teoretică și aplicare practică a cunoștințelor.

2.4. Rolul de activist social – din această perspectivă asistentul social este cel care identifică și informează publicul larg despre problemele sau inechitățile sociale, depune eforturi pentru a obține ameliorarea acestor condiții. Activiștii sociali mobilizează resurse, creează coaliții, fac lobby pentru o legislație mai adecvată. Ei propun politici sociale echitabile, inițiază noi programe de finanțare și realocări de fonduri care corespund problemelor prioritare identificate. În calitate de activiști sociali, asistenții sociali mobilizează eforturile comunității pentru rezolvarea problemelor comunității, corectarea inechităților sociale și efectuarea de reforme sociale.

2.5. Rolul de catalizator al schimbării – se referă la activitățile asistentului social în echipă cu alți profesioniști pentru a promova politicile sociale echitabile care ar permite să fie creată o societate a bunăstării pentru toți, fără discriminări, excluziuni sau marginalizări. În rolul de catalizatori, asistenții sociali fac lobby la nivel statal, depun mărturie în calitate de experți, sprijină cooperarea interdisciplinară pentru a scoate în evidență problemele la nivel local, național sau internațional și pentru a obține reformarea sistemelor de protecție socială în conformitate cu standardele unui trai decent.

Manifestarea rolurilor asistenților sociali în managementul resurselor la cele patru niveluri de intervenție sunt prezentate în *Tabelul 1.2.*

Tabelul 1.2

Rolurile asistentului social în managementul resurselor*

Nivel	Rol	Strategie
Micronivel	Broker/Avocat	Conectarea beneficiarilor la resurse prin <i>managementul de caz</i>
Nivel intermediar	Unificator/mediator	Unificarea grupurilor și a organizațiilor pentru <i>a relaționa</i> în dezvoltarea resurselor
Macronivel	Activist	Inițierea și susținerea schimbărilor sociale prin <i>acțiuni sociale</i>
Sistemul asistenței sociale	Catalizator	Stimularea <i>serviciilor comunitare</i> prin activități interdisciplinare

* După: Miley K.K., O'Melia M., DuBois B. *Practica asistenței sociale*, p.39.

3. Rolul de educator este un alt rol important al asistentului social și prevede activități de instruire, formare atât a prestatorilor de servicii, cât și a beneficiarilor. Rolul de educator presupune un schimb participativ de informații între indivizii cu nevoi și asistenții sociali. Prin dialog asistenții sociali și beneficiarii fac schimb de experiențe, resurse, cunoștințe, obțin posibilitatea de a aplica imediat cunoștințele nou dobândite în selectarea celor mai eficiente metode de soluționare a problemelor. Pentru a fi un bun educator, asistentul social trebuie să dețină cunoștințe vaste din cele mai diverse domenii. Doar așa el va putea oferi informații beneficiarilor care se pot adresa cu cele mai variate probleme. De exemplu: să-i familiarizeze cu obligațiunile părinților, să fie competenți în educația sexuală, în a determina cauzele și efectele diferitelor boli sociale (alcoolism, narcomanie, HIV/SIDA etc.),

în a analiza ofertele pe piața muncii etc. Rolul de educator al asistentului social se concretizează prin rolurile de *profesor, instructor / formator, informator, cercetător și om de știință*.

3.1. *Rolul de profesor* – este orientat spre oferirea informațiilor necesare beneficiarilor pentru soluționarea problemelor de viață curente și evitarea apariției altor dificultăți. În calitate de profesor, asistentul social modelează comportamente, optează pentru strategii de învățare prin colaborare, susținând cunoștințele și deprinderile de care persoanele în dificultate deja dispun.

3.2. *Rolul de instructor / formator* – în această calitate asistenții sociali mediază forumurile publice, conduc sesiunile grupurilor de lucru. Instructorii pot fi angajați pentru a se ocupa de organizarea unui eveniment sau pentru a susține cursuri specifice de instruire, privind educația adulților, schimbarea atitudinii și a metodelor de învățare etc. Succesul activității în această ipostază necesită o evaluare atentă a necesităților de dezvoltare a personalului, reflectarea autentică a obiectivelor urmărite de organizație, abilități de transmitere a informației.

3.3. *Rolul de informator* – presupune informarea diverselor structuri despre problemele sociale, injustițiile sociale, propunerea serviciilor și modificărilor în sistemul de protecție socială care ar contribui la ameliorarea situației segmentelor de populație defavorizate. De exemplu, prin diferite mijloace (mass-media, afișe, postere etc.) asistenții sociali sensibilizează comunitățile cu privire la sărăcie, delincvență, consumul de droguri, violența domestică etc., stimulând acțiunile preventive, dezvoltarea programelor de diminuare a acestor fenomene.

3.4. *Rolurile de cercetător și om de știință* – obligă asistenții sociali să dețină un vast bagaj de cunoștințe, să desfășoare

propriile cercetări empirice, să examineze literatura de specialitate pentru a oferi servicii de calitate, pentru a putea efectua analize comparative ale sistemelor de protecție socială (de exemplu, din Republica Moldova și țările Uniunii Europene) și a propune modificări în favoarea unor politici sociale echitabile, pentru a putea acționa ca adevărați agenți ai schimbării. Rolurile de educație ale asistentului social la cele patru niveluri de intervenție sunt generalizate în *Tabelul 1.3*.

Tabelul 1.3
Rolurile de educație ale asistentului social*

Nivel	Rol	Strategie
Micronivel	Profesor	Facilitarea prelucrării <i>informațiilor</i> și furnizarea de planuri educaționale
Nivel intermediar	Instructor	Instruirea prin programe de <i>dezvoltare a personalului</i>
Macronivel	Informator	Transmiterea de informații publice despre problemele și serviciile sociale prin <i>educație comunitară</i>
Sistemul asistenței sociale	Cercetător / om de știință	Participarea la descoperiri pentru <i>dezvoltarea cunoștințelor</i>

* După: Miley K.K., O'Melia M., DuBois B. *Practica asistenței sociale*, p.41.

În concluzie menționăm că în practica asistenței sociale rolurile exercitate de asistenții sociali nu pot fi strict delimitate. Ele se interpătrund, se completează, se suprapun, toate acestea fiind impuse de caracterul complex, multiaspectual al problemelor pe care le soluționează asistenții sociali. Or, funcțiile și rolurile

asistentului social elucidate în aceste pagini reprezintă argumente convingătoare că activitatea asistențială nicidecum nu poate fi redusă doar la ajutorul economic. De asemenea, nici asistentul social nu poate fi conceput ca un funcționar cu geantă mare care îi asigură cu produse alimentare, haine etc. pe cei nevoiași. Asistentul social este un specialist, care deține un rol principal în identificarea problemelor, dezvoltarea programelor și coordonarea activităților de protecție a tuturor categoriilor de persoane defavorizate. Izvorul succesului îl constituie cunoștințele și experiența asistentului social. Diversitatea funcțiilor și rolurilor ce îi aparțin asistentului social demonstrează că el trebuie să posede categoriile, principiile și legitățile, formele și nivelurile asistenței sociale, specificul cunoașterii, prognozării, proiectării, intervenției în asistența socială; conținutul tehnologiilor asistențiale în diferite sfere ale vieții sociale și în lucrul cu diferite categorii de beneficiari; fundamentele etico-profesionale, organizatorico-administrative, economice ale asistenței sociale etc.

Cu referire la Republica Moldova, menționăm că sistemul de tarificare a lucrătorilor din sistemul protecției sociale este complicat și necesită a fi perfectat sub mai multe aspecte. Astfel, în domeniul asistenței sociale pot activa persoane cu grade diferite de calificare: *asistentul social* și *lucrătorul social*.

În conformitate cu dispozițiile generale ale *Legii asistenței sociale*, ***asistentul social*** este persoana cu studii speciale în domeniu, care prestează servicii specializate persoanelor și familiilor care, temporar, se află în dificultate și care, din motive de natură economică, socială, fizică sau psihologică, nu mai sunt în stare să își realizeze, prin mijloace și eforturi proprii, un nivel decent de viață; ***lucrătorul social*** este persoana cu instruire specială sau fără instruire specială, dar care a frecventat cursurile

de pregătire profesională și care prestează persoanelor asistate servicii de necesitate primară (*Legea asistenței sociale*, Cap. I).

Desigur, o asemenea diferențiere a gradului de pregătire a persoanelor implicate în oferirea serviciilor de asistență socială nu corespunde complexității acestora și va fi în detrimentul calității activităților profesionale, pregătirii specialiștilor în domeniu. După cum demonstrează experiența avansată din țările europene, și asistenții sociali, și lucrătorii sociali trebuie să dețină studii speciale în domeniu de cel puțin trei ani (Ciclul I, licență), oferite de instituțiile de învățământ superior acreditate cu dreptul de a oferi asemenea calificări. Asistentul social va trebui orientat prioritar spre funcțiile de expertizare, dirijare: identificarea problemelor, categoriilor de persoane în dificultate, proiectarea strategiilor de intervenție, evaluarea activităților întreprinse, dezvoltarea programelor de cercetare, formularea propunerilor pentru politici sociale eficiente etc., iar lucrătorul social – spre lucrul nemijlocit cu beneficiarii.

1.8. Beneficiarii asistenței sociale

După cum s-a menționat în paginile anterioare, beneficiarii ai asistenței sociale sunt persoanele, familiile, grupurile sau comunitățile umane marcate de o incapacitate temporară sau permanentă de satisfacere a nevoilor prin forțe proprii. Beneficiarii asistenței sociale nu au fost însă desemnați dintotdeauna prin acest termen. Astfel, în perioada când ajutorarea persoanelor în dificultate s-a realizat din perspectiva carității creștine sau din aceea a „asistenței represive” (menită să mențină ordinea socială instituită), ele au fost numite în diferite feluri în dependență de situația lor materială și de tipul de prestații de care

beneficiau („sărăci”, „nenorociți”, „calici”, chiar și „mizerabili”). Ulterior, când asistența socială s-a dezvoltat în continuarea asistenței medicale, a fost preferat termenul de „pacient”. Metodologia *casework* a lansat conceptul de „client”, considerându-se că acesta ține cel mai mult de statutul asistatului. În prezent, în literatura de specialitate, datorită diversificării crescânde a prestațiilor de tip social, se folosesc mai mulți termeni pentru a numi persoanele asistate: „client”, „utilizator” și tot mai frecvent – „beneficiar” al serviciilor de asistență socială, care, în opinia noastră, corespunde cel mai adecvat statutului acestor persoane.

Beneficiar al asistenței sociale devine omul care are probleme la nivelul relațiilor / legăturilor sociale, mintale și psihomintale. Aceste niveluri se determină în baza evidențierii tradiționale a celor trei sfere ale personalității: *de activitate* (sfera interacțiunii sociale reale), *cognitivă* (sfera intelectuală mintală), *emoțională* (sfera senzitivă). Problemele la nivelul **legăturilor/relațiilor sociale** țin de dezacordul apărut în interacțiunea omului cu alți oameni, grupe de oameni, instituții sociale. Raporturile sociale ale individului în astfel de domenii vitale precum sunt familia, activitatea de producție, timpul liber etc. determină gradul lui de adaptare la aceste medii socioculturale.

Problemele la nivelul **legăturilor mintale** cu societatea, grupurile de indivizi sunt determinate de ruptura apărută în procesul de percepție, prelucrare, păstrare în memorie și transmitere a informației despre mediul înconjurător. O asemenea situație poate fi generată de distrugerea carcasului mintal. Legăturile mintale includ autoidentificarea (*cine sunt eu?*), sistemul de valori și convingeri conștientizate (*de ce fac eu aceasta?*), înțelegerea propriei predestinații (*de ce eu?*), programele comportamentale (*cum fac eu aceasta?*), sistemul

descrierii experienței proprii (*cum mă simt eu?*). Nivelul mintal de interacțiune este determinat de nivelul de dezvoltare a capacităților intelectuale ale individului și de experiența socială acumulată. Din aceste motive, în calitate de premise ale apariției problemelor la acest nivel sunt disfuncțiile psihice de diferite nuanțe, reținerea în dezvoltarea psihică.

Legăturile psihomintale – reprezintă latura emoțională a interacțiunilor din cadrul societății, grupului de indivizi, semnificația subiectivă a acestor interacțiuni pentru om, de asemenea a raportului lui față de sine însuși, care se exprimă prin poziția omului în viață. Problemele apărute la nivelul legăturilor psihomintale ale individului sunt condiționate de neacceptarea emoțională a „chipului Eu”. Asemenea situații sunt generate de neconcordanța dintre perceperea subiectivă a normei sociale și a celei individuale. Drept exemplu evident pot servi problemele psihomintale ale reprezentanților minorităților sexuale.

Disfuncția laturii emoționale a interacțiunilor individului cu grupul apar în condițiile când un grup sau altul nu satisface cerințele subiectului dat în ceea ce privește confortul psihologic, acceptarea. Astfel, contradicțiile psihosociale din familie conduc la formarea unui microclimat negativ, la diminuarea sentimentului de susținere, de protecție la soți, părinți și copii¹.

Indiferent de conceptul utilizat pentru desemnarea asistatului, trebuie de precizat că el este o entitate individuală sau multipersonală, care beneficiază de ajutorul specializat al unei profesii asistențiale². Concretizând această definiție sintetică, *E.Tropp* evidențiază câteva accepțiuni care pot fi atribuite beneficiarilor asistenței sociale, respectiv: aceea de persoană sau

¹ A se vedea: *Основы социальной работы* (отв. ред. Н.Ф.Басов), p.44-45.

² Jonson L.C. *Social Work Practice*. -Boston: Allyn and Bacon, Inc., 1983, p.132-133.

grup care caută un ajutor specializat, profesionist, aceea de utilizator al ajutorului acordat de cineva și aceea de individ sau entitate multipersonală care este deservită de o agenție sau o instituție¹.

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.

Procesul prin care o persoană devine beneficiar 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 în fața unui asistent social starea critică și incapacitatea de a o depăși prin forțe proprii;

d) cel care solicită ajutorul specializat acceptă să renunțe la o parte din autonomia sa și să se plaseze într-un rol de dependență².

Beneficiarii asistenței sociale includ cele mai diverse categorii de oameni: copiii minori, orfani, abandonati, aflați în alte situații ce necesită instituirea tutelei; familii sărace, dezorganizate; persoane cu dizabilități, vârstnici, șomeri, persoane dependente de alcool, droguri, infectate HIV/SIDA etc. Cu toate că componența beneficiarilor este destul de neomogenă, ei pot fi clasificați după anumite criterii. Astfel:

¹ A se vedea: Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.164.

² Ibidem, p.165.

În funcție de componența numerică a integrității pe care o reprezintă, deosebim beneficiari individuali și beneficiari multipersonali:

- beneficiarul individual este individul aparte, care trebuie tratat totdeauna ca persoană unică aflată într-o situație unică, chiar dacă problemele pe care le au beneficiarii par asemănătoare;
- beneficiarul multipersonal poate fi un grup mic (de tipul familiei) sau o mare comunitate (populația unei regiuni, a unei localități, un grup etnic etc.).

În funcție de orientarea ajutorului specializat, beneficiarii pot fi clasificați în:

- beneficiari care solicită ajutor pentru sine;
- beneficiari care solicită ajutor în favoarea altor persoane, grupuri sau comunități;
- beneficiari 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 beneficiari (de exemplu, familia unui minor asistat, familie care constituie un factor educațional carentat);
- beneficiari care caută sau utilizează asistența socială ca alternativă la alte tipuri de asistență (în special, juridico-represivă);
- beneficiari care solicită ajutor pentru scopuri inadecvate.

În funcție de atitudinea beneficiarului față de serviciul asistențial, evidențiem:

- beneficiar 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;

- beneficiar 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;

- beneficiar 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 beneficiar dezvoltă o „strategie de așteptare”.

Se mai pot realiza, de asemenea, clasificări ale beneficiarilor în funcție de aria problematică, de vârstă etc.

Referindu-ne la categoriile de beneficiari ai asistenței sociale din Republica Moldova (din perspectiva problemelor cu care se confruntă), menționăm că o parte din aceștia au existat dintotdeauna (săraci, handicapați, delincvenți etc.), iar alții au apărut relativ recent, concomitent cu multitudinea de probleme sociale, generate sau amplificate de perioada de tranziție (SIDA, consumul de droguri, abandonul școlar, copiii străzii, șomajul etc.). Spre exemplu, în anii '70-'80 ai sec. al XX-lea nimeni nu prevedea în societatea moldovenească apariția virusului HIV sau a fenomenelor șomajului, copiilor străzii, care în prezent sunt în extindere.

Printre categoriile de populație cele mai defavorizate din țara noastră, care nu au posibilitate să își asigure un nivel decent de viață, evidențiem următoarele:

- familii fără venituri sau cu venituri mici. Cel mai des sunt afectate de sărăcie familiile cu mulți copii și cele incomplete, tinerii neangajați, mamele văduve sau divorțate etc.;

- familii monoparentale cu copii, lipsite de suport. În Republica Moldova circa 26% din familii constituie familiile monoparentale;

- copii plasați în instituțiile rezidențiale, numărul cărora în 2008 era de peste 11 mii, aceștia aflându-se în îngrijire rezidențială în 58 de instituții;

- persoane cu dizabilități. În Republica Moldova numărul celor aflați la evidența organelor asigurării sociale constituia în 2007 circa 166,3 mii persoane;

- tineri care la vârsta de 18 ani părăsesc instituțiile rezidențiale și nu au posibilitate să-și continue studiile, să obțină un loc de trai, să găsească un loc de lucru;

- copii și tineri în conflict cu legea;
- copii și femei abuzate, victime ale violenței în familie;
- persoane vârstnice singurate și neputincioase;
- persoane infectate HIV/SIDA, numărul cărora este în continuă creștere;
- persoane dependente de drog și alcool;
- persoane victime ale traficului de ființe umane;
- șomeri, numărul cărora era în Republica Moldova în 2008 de circa 43000.

Categoriile de persoane în dificultate evidențiate impun necesitatea unor noi abordări de politică socială, a unor completări ale cadrului legislativ și instituțional care să acopere noile probleme generate de tranziție: explozia sărăciei, creșterea inegalității sociale, tendința de creștere a abandonului copilului datorită factorilor socioeconomici, a migrațiunii la munci în străinătate, dezorientarea tinerilor într-un mediu cu puține posibilități de muncă, fenomene de delincvență și criminalitate juvenilă, extinderea îmbolnăvirilor HIV/SIDA, violența socială și domestică, traficul de ființe umane etc.

Unul dintre cele mai importante elemente ale politicii sociale eficiente îl reprezintă, desigur, dezvoltarea unui sistem coerent de servicii de asistență socială la nivel național și local, centrat pe nevoile segmentelor de populație în dificultate, pe prevenire și recuperare.

1.9. Valori, principii și dileme etice ale asistenței sociale

Orice profesie este axată pe un anumit sistem de valori care îi nuanțează misiunea socială și direcționează activitatea persoanelor care o exercită. Din această perspectivă, valorile asistenței sociale, chiar dacă pe parcursul dezvoltării au suportat unele schimbări, totdeauna au fost orientate spre promovarea bunăstării oamenilor, echității sociale și demnității individului.

Termenul „valoare” are mai multe sensuri. El exprimă în primul rând semnificația pozitivă sau negativă a unui obiect oarecare. Valorile pot fi, însă, definite și ca păreri, credințe despre oameni și despre cele mai reușite modalități de a-i trata, despre ceea ce trebuie să facă omul. Aceste credințe, aprecieri sunt reflectate în activitatea zilnică și conduc activitatea profesională. Valoarea poate exprima și ceea ce este dorit de o persoană. Menționăm însă că literatura de specialitate nu a ajuns la un consens în ceea ce privește definiția noțiunii de „valoare”. Astfel, în lucrarea *The impact of values* (1944), coordonată de *San Van Deth* și *Elinor Scarbrought*, se spune că psihologia consideră valoarea ca reprezentând „o modalitate de orientare selectivă legată de preferințele, motivele, nevoile și atitudinile individuale”, iar sociologia „leagă valoarea de norme, obiceiuri, ideologii”.

Devenind o preocupare esențială a filosofiei, studiul valorilor s-a dezvoltat într-o disciplină aparte cunoscută sub denumirea de „axiologie” (din limba greacă: *axios* – care merită, care e demn de ceva). O contribuție deosebită la fundamentarea

axiologiei a adus la începutul secolului XX Școala de la Baden prin *Heinrich Rickert* și *Wilhelm Windelband*. Din perspectiva axiologiei, valorile umane (adevărul, binele, dreptatea, frumosul etc.) constituie repere absolute, de care fiecare popor se apropie prin intermediul culturii proprii, în decursul istoriei. O poziție deosebită găsim la sociologul român Petre Andrei, care consideră că cultura este cea care integrează și orientează valorile (nicidecum invers), cultura, la rândul ei, exprimând idealul națiunii. Observăm că abordările filosofice ale valorilor evidențiază calitatea omului de ființă creatoare. Din această perspectivă, valorile umane sunt clasificate în funcție de activități: valori economice, politice, artistice, morale etc. Ulterior axiologia a mutat accentul pe latura social-relațională a valorilor. Acest aspect exprimă că „valoarea este o relație socială pentru că nu orice opțiune, dorință sau apreciere individuală se recomandă prin consistență, ci numai acelea care merg în consens cu opțiunile, dorințele sau aprecierile de grup. Un sistem valoric angajează o comunitate umană și o tradiție”¹. Valorile nu sunt, deci, preferințe subiective individuale, ci preferințe socializate, supraindividuale, care sunt transmise și promovate prin mecanisme sociale.

Valorile se referă la stări sau moduri de acțiune considerate a fi dezirabile. Ele au un rol esențial în orientarea acțiunilor umane, în stabilirea obiectivelor și scopurilor de atins, a strategiilor, metodelor, căilor de acțiune. Valorile sunt expresia unor principii generale, orientări fundamentale și, în primul rând, a unor preferințe și credințe colective.

Cu referire la asistența socială, valorile exprimă ideile referitoare la atitudinile față de oameni, la convingerile cu privire la locul și rolul omului în societate, la nevoile și scopurile

¹ Zamfir C., Vlăsceanu L. (coord.). *Dicționar de sociologie*. –București, 1998, p.650.

acestui, la modalitățile de acțiune în vederea soluționării cazului și obținerii bunurilor necesare unui trai decent. După spusele lui *B.Jordan*, asistența socială aduce în atenția societății ideile eticii sociale, ale solidarității, ajutorului, grijii față de alții, includerii și a acceptării altora¹. Din cele menționate observăm că valorile profesionale nu există separat de cele ale societății. Orice profesie recunoaște, susține și apără anumite valori societale, iar societatea, la rândul ei, sancționează și garantează recunoașterea acesteia. Valorile reprezintă, de asemenea, un suport explicativ pentru persoanele ce doresc să îmbrățișeze profesia de asistent social, un criteriu dominant de stabilire a măsurii în care o persoană este potrivită pentru această profesie.

Practica asistenței sociale se bazează pe un set de valori fundamentale care o ghidează, fiind adevărate puncte de reper în interacțiunea dintre asistenții sociali și beneficiarii lor. După cum menționează *C.S.Levy* în studiul său asupra eticii asistenței sociale, asistența socială „nu este numai un mod de a face ceva, ci o considerație de preferințe despre ceea ce merită făcut. Este străbătută de aspirații idealiste privind persoanele și de noțiuni idealiste despre cum trebuie tratați oamenii”².

Valorile nu trebuie, însă, confundate cu normele. Se poate întâmpla că chiar atunci când valorile sunt cele care trebuie să reprezinte un ghid pentru determinarea comportamentului dezirabil, ele să nu conducă în mod necesar la acest rezultat. Este demonstrat că nu toți oamenii au un comportament coerent cu valorile pe care le profesază. Și în practica asistenței sociale se întâlnesc cazuri când asistenții sociali acționează în contrast cu valorile profesionale sau cu cele care reflectă valorile societale în

¹ Jordan B. *Social Work and Society*, p.8-23.

² Levy C.S. *Social Work Ethics*. –New York: Human Science Press, 1976, p.238.

general. Astfel, după cum se știe, participarea beneficiarului în procesul luării deciziei reprezintă o valoare deosebită în asistența socială. Cu toate acestea, uneori asistenții sociali nu depun eforturi pentru o implicare totală a beneficiarilor. Unul dintre motivele acestei discordanțe dintre valori și comportamente se explică prin faptul că valorile, de regulă, posedă un înalt nivel de generalitate, în timp ce comportamentele sunt determinate de o situație specifică, concretă.

Un factor generator de neconcordanță dintre valori și comportament poate fi, de asemenea, deosebirea dintre valorile profesate în societate și valorile personale ale asistentului social (cele pe care el le susține în interiorul său). Or, cu cât este mai specifică o valoare, cu atât ea va deveni mai importantă pentru constituirea unui ghid de comportament. Pe de altă parte, e necesar să știm că, pe cât o valoare are un grad de specificitate mai mare, pe atât vor fi mai mici șansele ca ea să fie acceptată pe o scară largă. De exemplu, fiecare om este de acord că viața de familie este o valoare dezirabilă, mai cu seamă în anumite situații. Această valoare generală își păstrează utilitatea până nu este definită specific, căci puțin folos i-ar aduce unui individ care trebuie să ia o decizie în privința tatălui său bătrân și paralizat, fără a mări tensiunea deja existentă între soția sa și copii. Este posibil ca nici asistentul social la care acest individ ar putea apela să nu fie capabil să-i ofere vreo referință etică ce ar putea să-i ghideze comportamentul. Cu referire la tema dată e necesar să se țină cont și de faptul că grupuri deosebite din punct de vedere etnic, religios sau socioeconomic dețin valori nu doar specifice dar adesea diferite și chiar conflictuale în ceea ce privește viața de familie¹.

¹ A se vedea: Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.447-448.

Asistenții sociali se confruntă zilnic cu nevoia de a lua decizii morale. În asemenea situații, după cum avertiza *Thomas d'Aquino*, „nu putem discuta ceea ce ar trebui să facem, fără să știm ce anume putem face” (comentariu în *De Anima* 1.1.2). Or, cunoașterea valorilor profesiei, principiilor ei etice ocupă un loc însemnat în pregătirea asistenților sociali. Rezolvarea problemelor, luarea deciziilor cere ca asistenții sociali să-și clarifice bine valorile personale, pe care să le raporteze la valorile profesiei.

Valorile prioritare ale asistenței sociale sunt formulate în **Codul deontologic**, numit și **etica profesională**, care servește drept călăuză a activității practice. Categoria principală a eticii profesionale este cea de „datorie”. Teoria despre datorie și comportamentul cuvenit al specialistului în procesul exersării profesiei sale se numește deontologie (din greacă, *deonthos* – cuvenit, cum trebuie, cum se cuvine). Cu toate că originile termenului *deontologie* țin de începuturile civilizației umane, paternitatea acestuia aparține lui *Jeremy Bentham* (1748-1832), cunoscutul fondator al *utilitarismului* – o doctrină etică axată pe principiul celei mai mari fericiri conform căruia acțiunile umane sunt bune în măsura în care conduc la o mai mare fericire, prin fericire înțelegându-se prezența plăcerii și absența durerii. Disciplina căreia dorea să-i pună bazele Bentham se numea *deontologie* sau *știință a datoriei*. Pe măsura evoluției sale istorice și a apariției unei largi palete de ocupații profesionale *deontologia* s-a transformat într-o adevărată știință care implică o interrelaționare consecventă între etica profesională și valorile ce delimitează sistemul axiologic al unei profesii.

Codul deontologic poate fi considerat o codificare a obligațiilor speciale care rezultă din aderarea deliberată la o anumită profesie, cum este în cazul dat asistența socială. Codul

deontologic are deci menirea de a clarifica aspectele morale ale activității profesionale. În baza lui, asistenții sociali pot identifica modul corect de acțiune din punctul de vedere moral.

Cu intenția de a regla relațiile dintre asistenți și persoanele asistate, în interesul acestora din urmă, toate profesiile moderne au elaborat coduri deontologice (medicii, avocații, psihologii, sociologii etc.). Spre exemplu, Jurământul lui Hippocrate a devenit un ghid de conduită etică profesională pentru nenumărate generații de medici pe parcursul a peste 2400 de ani.

Primul Cod deontologic al asistenților sociali a fost elaborat de *Mary Richmond* în 1920 cu denumirea „Cod etic experimental pentru cei care lucrează cu cazuri sociale”. În 1951, Adunarea Generală a Asociației Americane a Asistenților Sociali a adoptat primul Cod deontologic valabil pentru toți membrii acestei asociații. În 1979, Asociația Națională Americană a Asistenților Sociali a adoptat un nou Cod deontologic, care ulterior a fost revizuit în 1996 (NASW).

În 1994, Federația Internațională a Asistenților Sociali (FIAS) în cadrul întâlnirii specialiștilor în Colombo, Sri Lanka, a adoptat „Etica Asistenței Sociale. Principii și Standarde”. Acest document, bazat pe „Codul internațional al Eticii pentru Asistentul Social Profesionist”, adoptat de Federația Internațională a Asistenților Sociali în 1976, conține principiile etice de bază ale practicii asistenței sociale și procedurile recomandate în relațiile individuale ale asistentului social cu beneficiarii, colegii și alți specialiști.

Standardele Etice Internaționale ale Asistenților Sociali au fost stabilite în consens cu Declarația Universală a Drepturilor Omului și cu alte convenții care derivă din aceasta. Federația Internațională a Asistenților Sociali încurajează specialiștii fiecărui stat să discute și să clarifice problemele particulare

relevante pentru fiecare țară. Astfel, „*Etica Asistenței Sociale. Principii și Standarde*” este recomandată ca un ghid general pe baza căruia specialiștii fiecărui stat își pot stabili principiile etice profesionale proprii.

Plecând de la aceste recomandări, Asociația Română pentru Promovarea Asistenței Sociale (membră a FIAS) a elaborat și aprobat în 1997 primul *Cod deontologic al asistentului social în România*. Având acest Cod ca model, precum și Codul deontologic al unor țări cu experiență avansată (Marea Britanie, SUA, Olanda), Asociația de promovare a Asistenței Sociale din Republica Moldova a elaborat în 2005 *Codul deontologic al asistentului social din Republica Moldova* (a se vedea *Anexa 2*).

Codul deontologic al asistentului social oferă un set de valori, principii, standarde profesionale care furnizează cadrul în care asistentul social poate lua decizii privitoare la relația sa cu persoana asistată, colegii și instituția în care lucrează.

Orice Cod deontologic, indiferent de profesia căreia acesta se adresează, este alcătuit dintr-o sumă de drepturi și îndatoriri, libertăți și responsabilități, pe care specialiștii trebuie să le respecte atunci când își exersează activitatea. Toate acestea reprezintă, în esență, o serie de norme cu caracter etic și axiologic, al căror scop fundamental este de a ghida practicienii din fiecare profesie din punct de vedere moral, dar și din punctul de vedere al valorilor admise în contextul mai larg al societății.

În perioada contemporană, odată cu creșterea mobilității sociale, are loc o creștere și a mobilității profesionale; oamenii trec de la o profesie la alta sau practică simultan mai multe profesii. De asemenea, principiile generale ale unui Cod (respectarea drepturilor persoanei, competența, responsabilitatea etc.) se regăsesc și în alte profesii. Or, perioada contemporană se caracterizează printr-un fenomen de trecere de la *deontologia*

monoprofesională la deontologia interprofesională, mai ales în cazurile când în rezolvarea unei probleme sunt implicați practicieni din diferite profesii. Un exemplu de deontologie interprofesională ni l-a oferit în perioada interbelică școala sociologică de la București, care a organizat renumitele companii de monografiere a satelor, prin participarea sociologilor, psihologilor, pedagogilor, agronomilor, medicilor, muzicologilor și altor profesioniști¹.

Un alt fenomen prezent în societatea noastră este cel al pluriprofesionalizării, în condițiile în care un același individ poate fi scriitor, artist, profesor, publicist, persoană publică etc., ceea ce presupune existența unei interprofesionalizări chiar la nivelul individului. O astfel de persoană este antrenată în respectarea regulilor moral-valorice ale unei deontologii interprofesionale, este obligată să răspundă unor cerințe specifice fiecărei profesii sau comune acestora².

Deontologia se referă la imperativele morale ale unor profesii, la valorile proprii acestora, dar cei ce au îmbrățișat această profesie nu se supun doar Codului deontologic specific profesiei lor. Ei trebuie să respecte, de asemenea, jurisdicția civilă și penală. Elaborând o definiție generală, care să cuprindă toate aceste elemente, T.Sârbu definește deontologia „*ca o disciplină al cărei obiect de studiu se constituie la confluența dreptului cu morala. Sarcina ei principală este de a stabili principii, reguli și norme de conduită profesională, în cadrul diferitelor relații implicate de exercitarea unei profesii: relațiile interne, specifice fiecărui gen de activitate profesionalizată, precum și*

¹ Sârbu T. *Introducere în deontologia comunicării*. –Iași, 1999, p.17.

² A se vedea: Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.404.

relațiile externe cu beneficiarii direcți / indirecti ai serviciilor/bunurilor realizate”¹.

Codul etic al profesiei poate fi atât formal, cât și informal. *Codul formal* este codul scris, la care specialistul aderă în mod oficial pentru a fi admis la practicarea profesiei pe care o deține (de exemplu, Jurământul lui Hippocrate în medicină, Codul asistentului social etc.). *Codul informal* este nescris, bazat pe cutume*, obiceiuri, dar care uneori are putere mai mare decât cel formal. Unele coduri deontologice (inclusiv Codul deontologic al asistentului social, aprobat în Republica Moldova) prescriu nu numai regulile pe care trebuie să le urmeze profesioniștii, dar și sancțiunile pe care le vor suporta, dacă nu vor respecta normele specifice profesiei date. Cu alte cuvinte un Cod deontologic încearcă să transleze valorile profesionale în cadre comportamentale².

Funcțiile codurilor deontologice valabile în aproape toate profesiile contemporane sunt:

- de a „ghida” practicienii unei anumite profesii în momentul în care aceștia se confruntă cu dileme practice care implică o problemă etică;
- de a proteja beneficiarii împotriva incompetenței și a neprofesioniștilor;
- de a reglementa comportamentul practicienilor, precum și relațiile acestora cu beneficiarii, colegii și practicienii din alte profesii, cu ceilalți angajați ai instituției în care lucrează și cu întreaga comunitate;

¹ Sârbu T. *Introducere în deontologia comunicării*, p.21-22.

* norme de drept consfințite printr-o practică îndelungată.

² Loewenberg F., Dolgoff R. *Ethical Decisions for Social Work Practice*. Ed. a II-a. –Itasca, IL: F.E.Peacock Publishers Inc., 1985, p.21.

- de a asigura supervizare și consultanță practicienilor, cu scopul de a evalua activitatea acestora.

Astfel, codurile deontologice se prezintă ca un angajament al profesiei față de comunitate, asigurând încrederea acesteia în profesia respectivă, încredere fără de care nu și-ar putea câștiga autoritatea. Asistenții sociali trebuie să-și asume răspunderea pentru consecințele acțiunilor lor în conformitate cu valorile fundamentale, cu principiile etice generale, ale asistenței sociale, reflectate în codurile ei deontologice.

În contextul celor expuse ținem să menționăm că principiile eticii profesionale sunt într-o strânsă legătură cu cele ale eticii societale, dar nu se identifică. În aceeași măsură în care valorile asistenței sociale sunt derivate din valorile societale, dar nu se identifică în mod necesar cu acestea, etica profesională are aceeași sursă cu etica societală, dar ele diferă în anumite aspecte importante. Este vorba despre diferențe în ceea ce privește prioritățile, intensitatea acțiunii sau aplicațiile. O asemenea diferență importantă poate fi observată, de exemplu, în cazul principiilor etice care guvernează relațiile dintre două persoane. Astfel, pe de o parte, atât etica societală, cât și cea profesională subliniază importanța principiului egalității. Etica profesională acordă însă prioritate intereselor beneficiarilor în raport cu ceilalți indivizi. Or, dacă principiul eticii societale afirmă că „Toate persoanele trebuie respectate ca fiind egale”, apoi principiul profesional al asistenței sociale susține că „Toate persoanele trebuie respectate ca fiind egale, dar interesele beneficiarilor au prioritate”.

Pe de altă parte, însă, nu se pot impune principii etice profesionale care să fie în dezacord total cu standardele etice generale ale comunității în numele nici unei profesii. Dacă o etică profesională nu ia în considerație principiile eticii societale, ea riscă

sanțiuni severe, chiar până la revocarea autorității profesionale. În același timp, societatea trebuie să fie conștientă de faptul că cerințele practicii dintr-o anumită profesie fac uneori imposibilă respectarea unor reguli etice identice cu cele la care oamenii se așteaptă să fie urmate, la mod general. Asistenții sociali, de exemplu pentru a soluționa cazul, pot folosi în interviuri seturi de întrebări care, într-o conversație obișnuită, ar fi considerate inacceptabile. Așadar, realitatea demonstrează că asistenții sociali se confruntă cu probleme etice în fiecare caz. Indiferent de gradul de conștientizare a acestor probleme, ei iau decizii care au implicații etice. Valorile personale și profesionale constituie o componentă semnificativă a cadrului de referință al asistentului social. Ele funcționează ca niște filtre prin care asistentul social vede, interpretează și reacționează la situațiile în care se află. „Valorile modelează la nivel abstract modul de gândire al asistenților sociali și le direcționează în mod concret acțiunile prin prisma principiilor practicii asistenței sociale”¹.

În literatura de specialitate există mai multe clasificări ale valorilor și principiilor fundamentale pe care se bazează asistența socială. *F.P.Biestek*, spre exemplu, evidențiază următoarele principii morale relevante pentru asistența socială: 1) acceptarea; 2) atitudinea neutră; 3) individualizarea; 4) exprimarea sentimentelor orientată spre un anumit scop și implicarea emoțională controlată; 5) confidențialitatea; 6) autodeterminarea².

¹ DuBois B., Miley K.K. *Social Work: An empowering profession*. Ediția a IV-a. –Boston, Allyn & Bacon, 2002, p.126.

² A se vedea: Biestek F.P. *The Casework Relationship*. –London: Unwin University Books, 1961.

În opinia lui *N. Timms*, valorile/principiile fundamentale ale asistenței sociale sunt: 1) să respecti clientul; 2) să îl accepți pentru *el însuși*; 3) să nu-l condamni pe *el*; 4) să confirmi/aprobi dreptul *lui* la autodeterminare; 5) să respecti încrederea *lui*¹.

Z. Butrym, la rândul său, enumără în calitate de valori fundamentale pe care se bazează asistența socială: 1) respectul pentru persoană; 2) încrederea în natura socială a omului privit drept creatură unică ce depinde de alți oameni în îndeplinirea unicității sale; 3) încrederea în capacitatea umană de schimbare, creștere și îmbunătățire².

După cum observăm, toate aceste clasificări înaintază în centrul valorilor două valori care pot fi considerate ca premise valorice și ***principii fundamentale*** ale practicii asistențiale:

a) *recunoașterea unicității și demnității fiecărei ființe umane, persoane asistate;*

b) *recunoașterea dreptului persoanei asistate la autodeterminare.*

Aceste principii sunt recunoscute ca fundamentale de toate Codurile deontologice ale asistenței sociale. Astfel, în Codul etic al asistenței sociale, elaborat de Asociația Britanică a Asistenților Sociali (BASW), se spune că „*de bază în profesia de asistent social este recunoașterea valorii și demnității fiecărei ființe umane*, indiferent de statutul social, de origine, sex, vârstă, credință sau contribuția la societate”³. Cu acest principiu de bază își deschide conținutul și Codul deontologic al asistentului social din Republicii Moldova, în care citim (Art.1): „Fiecare ființă umană este o valoare unică, ceea ce implică respect necondiționat”.

¹ Timms N. *Social Work Values: An Enquiry*. –London: Routledge and Kegan Paul, 1983, p.57.

² Butrym Z. *The Nature of Social Work*. –London: Macmillan, 1976, p.3.

³ BASW. *A Code of Ethics for Social Work*, 1975.

Celelalte principii sunt, de fapt, derivate din conceptul „respect pentru persoana umană”, dezvoltând conținutul, sensul acestuia.

Respectul pentru persoană este un drept al tuturor beneficiarilor fără a se face nici un fel de discriminări (în funcție de sex, vârstă, rasă, naționalitate, apartenență etnică sau religioasă etc.). Fiecare din ei are dreptul să fie tratat ca o persoană demnă, rațională înzestrată cu libertăți inalienabile, capabilă să își controleze propria viață și să ia propriile decizii.

Cerința pentru respectarea unicității și demnității ființei umane a fost argumentată și formulată cu toată claritatea de către filosoful german *Im.Kant* (1724-1804), care însă se dovedește a fi și un deontolog atunci când scrie *Întemeierea metafizicii moravurilor*. Astfel, Kant menționează că **omul trebuie tratat întotdeauna ca scop și niciodată ca mijloc**. Din această perspectivă principiul respectării persoanei umane va fi aplicat de către asistentul social în tratarea tuturor beneficiarelor, inclusiv a persoanelor cu deficiențe, nevoi speciale. Menționăm acest lucru, dat fiind faptul că adesea apar discuții referitor la întrebarea: cine să fie considerat persoană, în ce constă conținutul conceptului de *persoană*? R.Budgen oferă următoarele sugestii pentru definirea conceptului respectiv: „copiii pot fi priviți drept *persoane potențiale*; cei senili sunt *persoane în declin*; bolnavii mintal sunt *persoane în declin temporar*, iar handicapații mintal pot fi considerate ca *persoane permanent potențiale*”¹. După *R.S.Downie* și *E.Telfer*, există asemănări suficiente între categoriile enumerate și persoanele „total raționale”, pentru a justifica și în cazul lor incidența principiului respectului pentru persoană. Toate persoanele posedă în mod egal trăiri, sentimente și, ca „ființe cu

¹ A se vedea: Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.451-460.

sentimente”, toate persoanele ar trebui tratate cu atenție, în sprijinul respectului pentru demnitatea persoanei¹.

Există, desigur, și situații când drepturile derivate din această valoare pot fi limitate sau chiar anulate. După cum menționează *C. Clarke* și *S. Asquith*, este vorba de cazurile: 1) când acțiunile persoanei încalcă legea; 2) când interesele celorlalți sunt afectate într-un grad inacceptabil; 3) când există un refuz intenționat de a acționa moral; 4) când acțiunile persoanei pot aduce atingere intereselor sale².

O altă valoare/principiu central al asistenței sociale este **autodeterminarea**, care reflectă dreptul beneficiarilor de a lua decizii și de a-și trăi viața pe baza standardelor proprii. Autodeterminarea presupune libertatea de a alege, care ulterior se materializează în decizii. Respectând principiul autodeterminării, asistentul social ghidează persoana asistată în procesul de identificare a soluțiilor, sporindu-i șansele de a lua hotărâri în cunoștință de cauză, fundamentate pe coerență și obiectivitate. Asistentul social nu trebuie însă să-și impună punctul de vedere cu privire la alegerea soluțiilor optime. După cum menționează autorii *C. Clarke* și *S. Asquith*, „asistenții sociali nu trebuie să împingă clientul într-un curs de acțiuni care se desfășoară contrar dorințelor acestuia”³. Cele relatate demonstrează, deci, că ajutorul acordat beneficiarului presupune un anumit grad de interferență cu viața sa personală ce poate intra uneori în conflict cu afirmarea dreptului beneficiarului la libertate. Atunci când asistentul social începe să

¹ A se vedea: Downie R.S., Telfer E. *Respect for Persons*. –London: Allen & Unwin, 1969, p.35.

² Clarke C. Asquith S. *Social Work and Social Philosophy: A Guide for Practice*. –London: Routledge and Kegan Poul, 1985, p.30-31.

³ Clarke C. Asquith S. *Social Work and Social Philosophy: A Guide for Practice*, p.31.

impună limite, să violeze autodeterminarea beneficiarului, el se îndepărtează de la principiul respectului demnității ființei umane.

În literatura de specialitate sunt deosebite două aspecte ale autodeterminării: libertatea pozitivă și libertatea negativă.

Libertatea pozitivă înseamnă acceptarea influenței și interferenței în viața unei persoane, a unui mod de viață dat, a unor standarde și valori socioculturale, care asigură autodeterminarea și autorealizarea individului¹. Deși practica asistenței sociale încurajează perspectiva autodeterminării ca libertate pozitivă, este mult mai important ca asistentul social să accepte autodeterminarea sub forma libertății negative, adică sub forma unui drept al beneficiarului.

Mai mult, există riscul ca, în numele libertății pozitive, în asistența socială să se instituie o dictatură a profesionalismului, susținând, spre exemplu, că „Eu (asistentul social) știu de ce au nevoie ei (beneficiarii), mai bine decât știu ei înșiși”. În felul acesta, se poate întâmpla să fie utilizată chiar presiunea, manipularea din partea profesionistului. Asistenții sociali care impun soluții își asumă rolul de experți, tratează beneficiarii ca pe niște subordonați, încalcând, desigur, atât principiul autodeterminării, cât și cel al respectului demnității persoanei.

În același timp, principiul autodeterminării nu înseamnă abandonarea beneficiarilor, diminuarea responsabilității, lipsa îndrumărilor. După cum menționează *B.B.Solomon*, asistenții sociali, care respectă principiul autodeterminării, mai degrabă ghidează activ decât conduc coercitiv procesul de asistență². Or,

¹ Berlin I. *Two concepts of liberty // Four Essays of Liberty*. –Oxford: Open University Press, 1969, p.113.

² Solomon B.B. *Value issues in working with minority clients//A.Rosenblatt, D.Waldfoegel (coord.). Handbook of clinical social work*. –San-Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1983, p.866-887.

deși nu trebuie să influențeze alegerea făcută de persoana asistată, asistentul social trebuie să-și expună opiniile, gândurile în formă de informații care ar completa cunoștințele cu privire la posibilitățile de rezolvare a problemelor; să-și prezinte punctul de vedere, sugestiile doar ca alternative. În felul acesta, autodeterminarea persoanei asistate se va realiza prin participarea activă atât a beneficiarului, cât și a asistentului social.

Autodeterminarea, concepută ca *libertate negativă*, afirmă dreptul la „noninterferență”, „nonmanipulare” și condiționează „eliminarea constrângerilor”. Libertatea negativă „reflectă dreptul unui individ de a-și administra propria viață și de a lua propriile decizii cu referire la ea”¹. Această libertate este caracterizată drept o formă negativă a conceptului de libertate, deoarece presupune îndepărtarea obstacolelor apărute în calea individului, implicând capacitățile lui proprii. După *R. Wilkys*, „libertatea negativă este libertatea de noninterferență, libertatea de a fi ceea ce sunt, chiar dacă cineva aprobă sau nu”². Ea cere ca ceilalți să se abțină de la exercitarea coerciției sau de la impunerea voinței lor asupra cuiva. *Noninterferența*, ca drept al beneficiarului, impune, deci, asistentului social să se abțină de la aplicarea standardelor proprii în evaluarea problemei acestuia, care ar putea afecta respectul de sine ale beneficiarului, iar, drept urmare, ar exclude posibilitatea unei cooperări constructive.

Asistentul social nu trebuie să depășească nici sfera sa de pregătire. Cu alte cuvinte, el nu trebuie să facă recomandări ce țin de competențele altor profesioniști (medici, psihologi, juriști etc.). Beneficiarul nu poate fi supus, de asemenea, nici unei investigații suplimentare, dacă nu este necesar, dar lui trebuie să i se spună

¹ Butrym Z. *The Nature of Social Work*, p.52.

² Wilkys R. *Social Work with Undervalued Groups*. –London: Tavistock, 1981, p.59.

clar dacă asistentul social poate să-i ofere ajutor sau el trebuie orientat spre un alt serviciu.

Așadar, beneficiarul are dreptul la autodeterminare prin libertatea negativă, care conferă dreptul de a avea propriile sale valori și credințe, dreptul la noninterferență, adică de a nu discuta cu asistentul social situațiile pe care nu le consideră relevante pentru problema respectivă, de a nu i se impune un mod anumit de soluționare a problemei. Asistentul social, la rândul său, trebuie să accepte faptul că beneficiarul este o persoană îndreptățită să decidă dacă dorește sau nu o formă sau alta de ajutor. Orice modificare în comportamentul persoanelor asistate trebuie să se realizeze numai prin participarea și implicarea activă a acestora, prin consensul lor.

În practica asistenței sociale se întâlnesc însă multiple cazuri când beneficiarii au posibilități limitate de a-și exercita libertatea de alegere. În calitate de exemple pot fi numite cazurile minorilor din centrele de reeducare a persoanelor cu handicap sever, al copiilor din casele de copii, al persoanelor delincvente, a căror autodeterminare le este limitată prin hotărâre judecătorească. În asemenea situații, asistentul social va lua decizii împreună cu alți specialiști, membri ai familiei, prieteni, cadre didactice etc., încercând să creeze condiții în care aceste persoane să accepte responsabilități și să-și dezvolte capacități de a-și controla propriul comportament.

Printre alte principii importante, care ghidează practica asistenței sociale de zi cu zi și care își au izvorul de asemenea în respectul pentru persoana umană, se înscriu: acceptarea, individualizarea, toleranța, obiectivitatea, confidențialitatea.

Principiul acceptării semnifică: o „recunoaștere a valorii interne a persoanei”; oferirea serviciilor pe o bază universală, nu după dorințele asistentului social; o „înțelegere tolerantă”, care

presupune că asistentul social trebuie să intervină la solicitarea beneficiarilor, chiar și atunci când există un sentiment de respingere¹. Acceptarea înseamnă susținerea punctului de vedere al beneficiarului, aprecierea pozitivă a contribuției acestuia în munca comună de soluționare a problemei apărute. Acceptarea nu este doar o toleranță, ci o tratare cu respect și demnitate a beneficiarului, înțelegându-se că ei posedă abilități și resurse unice și au capacitatea de a le utiliza pentru a se schimba, a se dezvolta. Acceptarea înseamnă o atitudine a asistentului social caracterizată prin a nu critica și condamna, a nu fi judecător al beneficiarului. Oamenii trebuie acceptați ca persoane cu drepturi și libertăți inalienabile și imprescriptibile.

Respectarea *principiului individualizării* înseamnă recunoașterea și înțelegerea calităților unice ale fiecărui beneficiar; utilizarea diferențiată a principiilor și metodelor în asistarea fiecăruia, cu scopul unei mai bune adaptări; tratarea ființei umane anume ca *această* ființă și nu ca alta, adică cu caracteristicile ei personale, deosebită de ceilalți. Nu negăm faptul că asistenții sociali se bazează în activitatea practică pe cunoștințe generale despre comportamentul uman, dar ei trebuie să aplice aceste cunoștințe individualizat, adaptat la fiecare caz în parte, să facă distincție între calitățile și circumstanțele diferite ale fiecărui beneficiar. Individualizarea nu acceptă stereotipuri și soluții preconceptuate. Fiecare beneficiar trebuie privit ca o persoană *particulară* cu probleme particulare, specifice. În același timp, menționăm că aceasta nu trebuie să conducă la identificarea beneficiarului cu problema sa.

Principiul toleranței înseamnă a nu învinui beneficiarii, a nu-i evalua ca buni sau răi, a le permite să-și exprime propriile judecăți de valoare. Desigur, cele menționate nu exclud faptul că

¹ A se vedea: Timms N. *Social Work Values: An Enquiry*, p.52.

asistenții sociali pot face aprecieri cu privire la acțiunile beneficiarilor. Toate acestea trebuie însă făcute cu mare atenție și cât mai rar, încercând să se afle cât mai multe despre lumea beneficiarului și ajutându-l să-și analizeze valoarea deciziilor prin propriile viziuni și nu prin cele ale asistentului social.

Principiul obiectivității este în strânsă legătură cu cel al individualizării și toleranței și înseamnă a reflecta situația așa cum este, imparțial, detașat de impresiile personale. Obiectivitatea unui asistent social ne apare mai degrabă ca o descriere decât evaluare a comportamentului beneficiarului. Obiectivitatea cere ca asistentul social să asculte povestea beneficiarului, evitând propriile sentimente, prejudecăți sau etichetări. Totodată, asistenții sociali obiectivi trebuie să demonstreze atenție și grijă față de beneficiari¹.

Principiul confidențialității exprimă dreptul beneficiarilor la intimitate, dreptul ca informațiile pe care le dezvăluie să fie păstrate confidențial de către practicieni și protejate de către agenție. Aceste informații se referă la identitatea beneficiarului, conținutul discuțiilor cu el, opiniile personale și materialele scrise. *Confidențialitatea este un drept fundamental al beneficiarului.* Acesta are dreptul de a decide cât de mult poate să dezvăluie din problemele sale, are, deci, dreptul la secretele sale. La rândul său, asistentul social trebuie să ceară atâta informație de la beneficiar de câtă este nevoie pentru a i se oferi serviciul solicitat. Cu toate acestea, uneori există riscul ca asistentul social să considere că este îndreptățit să știe totul, să impună forțat beneficiarul să-i divulge unele amănunte, ceea ce, desigur, nu este admis de etica profesională.

¹ A se vedea: Miley K.K., O'Melia M., DuBois B.L. *Practica asistenței sociale*, p.81-82.

Dreptul beneficiarului la confidențialitate înseamnă în același timp și *dreptul la bunul său renume*. Din această perspectivă, informațiile confidențiale ale unui beneficiar, care, făcute public, pot fi în detrimentul bunului său nume și al poziției sale sociale, trebuie păstrate (protejate) cu strictețe. În acest scop, nu se admite interviuarea beneficiarului în prezența altor persoane; nu se admit, de asemenea, emiterea mesajelor care pot oferi informații despre beneficiar, discuțiile publice între asistenții sociali referitoare la beneficiarii lor etc.

Dreptul la bunul său nume, la confidențialitate impun restricții deontologice și față de instituția asistenței sociale. Astfel:

- serviciile asistențiale nu pot păstra date despre beneficiar decât cu consimțământul acestuia;

- serviciilor sau autorităților care solicită informații despre beneficiar în scopul unor statistici sau cercetări trebuie să li se ofere date codificate, care protejează identitatea beneficiarului și aspectele de intimitate ale „problemei” sale. Doar în cazul anchetelor juridice asistentul social, instituția respectivă sunt obligați să transmită anumite informații despre beneficiar, cu condiția ca ele să rămână în interiorul echipei;

- serviciilor nu trebuie să li se ofere informație decât cu permisiunea beneficiarului; mai mult, trebuie oferită informația relevantă doar pentru cazul dat¹.

Menționăm, totodată, că în practica asistenței sociale sunt sesizate și anumite excepții de la aceste restricții. Astfel, în cazurile în care persoanele asistate sunt bolnavi mintal, adică și-au pierdut într-un anumit grad din capacitatea de autodeterminare, asistentul social nu poate aplica valoarea demnității și independenței, același cod al confidențialității ca și în cazul

¹ A se vedea: *Notes of the Ethics of Social Work*, BASW, 1961, p.7.

persoanelor normale/sănătoase. Lucrând într-o echipă multidisciplinară, el trebuie să împărtășească informațiile pe care le deține cu medicul psihiatru sau cu psihologul pentru a se obține evaluarea cât mai deplină a persoanei respective. Asistenții sociali fac excepție de la principiul confidențialității și în cazurile când, de exemplu, există pericolul ca beneficiarul să producă un rău altei persoane. De aceea, asistentul social trebuie să informeze beneficiarul despre limitele/hotarele confidențialității într-o situație concretă, despre scopul în care este folosită informația.

Așadar, dreptul la confidențialitate și bunul nume necesită ca relațiile dintre asistentul social și beneficiar să se desfășoare în condiții de protecție și intimitate absolute. Toate documentele (rapoarte, dosare, anchete etc.) trebuie păstrate într-un regim de siguranță, fără ca ele să fie accesate de persoane străine cazului. Ca principiu etic, confidențialitatea stă la baza unor relații profesionale de încredere și la cea a dezvoltării unor parteneriate eficiente.

Printre alte drepturi ale beneficiarului, de rând cu cele examinate, și care țin de respectul demnității acestuia poate fi numit *dreptul la politețe și considerație*. Este știut faptul că persoanele, care se adresează unui serviciu sau asistent social după ajutor, fac acest lucru de cele mai multe ori cu multă timiditate și reținere. În aceste condiții, primul contact cu asistentul social, din punct de vedere psihologic, este foarte important. Maniera în care beneficiarul este receptat și primit determină derularea relației profesionale bazate pe încredere. Or, politețea capătă o valoare terapeutică: dezinhibă beneficiarul, deschide calea spre o comunicare sinceră, bazată pe încredere, pe respectul persoanei și pe considerație. Nu se admite ca un beneficiar să fie întâmpinat cu refuz de către un serviciu sau asistent social. Chiar în cazul delegării competențelor spre alt

serviciu sau spre alt asistent social, acest lucru trebuie realizat într-o manieră care să producă încredere, relevând dorința de a soluționa cât mai bine problema beneficiarului.

Codurile deontologice înglobează nu doar drepturile beneficiarilor, dar și *îndatoririle* ce le revin acestora pentru buna soluționare a problemelor. Dintre cele mai importante îndatoriri ale beneficiarilor vom menționa, în primul rând, *datoria de a spune adevărul* și *datoria de a accepta responsabilități*.

Referindu-ne la *datoria de a spune adevărul*, este necesar să se conștientizeze faptul că o persoană care caută sprijin și susținere este obligată să prezinte situația sa cu toată onestitatea, să spună tot adevărul pe care îl deține. În practica asistenței sociale se întâlnesc uneori cazuri, când beneficiarul, pentru a obține ceva de la autorități, ascunde adevărul sau îl denaturează. Aceasta, desigur, împiedică desfășurării unei relații profesionale, bazate pe încredere, găsirii modalităților adecvate de soluționare a problemei. Este, deci, în interesul beneficiarului să spună adevărul.

O altă datorie a persoanei asistate este cea *de a accepta responsabilități*. Această datorie presupune înțelegerea de către beneficiar că o problemă poate fi rezolvată numai cu participarea sa activă. Pentru aceasta, asistatul trebuie să-și asume toate responsabilitățile obișnuite ale unei ființe umane, ca membru al unei familii, comunități, în corespundere cu legile și normele morale, obiceiurile și tradițiile societății din care face parte. Spre regret, adesea întâlnim persoane care apelează la serviciile sociale pentru a scăpa de responsabilități și îndatoriri sociale, cetățenești sau familiale. Exemplu elocvent în contextul celor expuse servesc părinții care își lasă copiii în voia soartei, îi internează în instituții rezidențiale, considerând că de ei trebuie să se îngrijească autoritățile publice.

Codul deontologic stabilește principii și standarde ale comportamentului asistentului social nu doar în relația cu persoanele asistate. El include, de asemenea, standardele comportamentului etic față de profesie, la locul de muncă, în relația cu colegii și alți specialiști, cu comunitatea/societatea, ghidându-i în îndeplinirea variatelor roluri profesionale.

Un loc deosebit ocupă standardele, responsabilitățile asistentului social față de profesie, care îl obligă să știe a distinge clar între afirmațiile și acțiunile făcute ca persoană particulară și cele făcute în calitate de reprezentant al profesiei, respectiv ca reprezentant al unei organizații sau agenții profesionale. Asistentului social i se cere să-și realizeze funcțiile profesionale cu competență, să-și perfecționeze continuu pregătirea profesională, deprinderile și abilitățile practice și, după obținerea calificării, să-și asume toată responsabilitatea pentru calitatea și conținutul serviciilor pe care le oferă. Responsabilitatea etică a asistentului social față de profesia sa înseamnă menținerea integrității și a standardelor înalte ale profesiei, menținerea bunului nume al profesiei, formularea, promovarea și implementarea unor politici publice favorabile profesiei, consolidării asistenței sociale ca instituție socială necesară, de importanță majoră.

Datoria asistentului social față de colegi, colectivul, instituția în care lucrează, întregul grup profesionist înseamnă a supune acțiunile și conduita sa scopurilor comune, a respecta meritele și competențele colegilor, a contribui la asigurarea unui climat de susținere reciprocă.

Responsabilitățile asistentului social față de comunitate prevăd datoria acestuia de a contribui cu experiența sa profesională la dezvoltarea programelor și politicilor sociale, care ar conduce la crearea unei „societați pentru toți”, fără discriminări, excluțiuni sau marginalizări.

Valorile și principiile etice analizate – respectarea demnității persoanei asistate, autodeterminării etc. – constituie fundamente pe care este construită întreaga arhitectură a asistenței sociale. În activitatea practică, după cum s-a menționat deja, asistentul social se întâlnește și cu o serie de greutăți, situații extrem de complicate, când este impus să aleagă între două sau chiar mai multe posibilități de a acționa, între angajamente uneori contradictorii sau **dileme** care de asemenea presupun implicații valorice. Printre astfel de situații de risc cu care se confruntă deseori asistenții sociali sunt, de exemplu, cazurile când binele individului/persoanei asistate este în conflict cu binele celorlalți și în care se cere să fie găsită o soluție optimă cu posibilități de stabilire a unui echilibru între părți. Nu mai puține dificultăți apar și cu privire la aplicarea principiului autodeterminării ca valoare esențială a asistenței sociale, ținându-se cont de faptul că autodeterminarea este centrată pe individ, dar îl separă prea mult de ceilalți. O altă grupă de dileme etice ține de conflictul dintre valorile personale și cele profesionale ale asistentului social, de promovarea principiului confidențialității etc.

De regulă, problemele etice apar atunci când asistentul social caută răspuns la întrebarea: „Ce trebuie să fac eu sau clientul din punct de vedere moral într-o situație particulară?”¹ Or, asistentul social se pomeneste adesea în fața unor dileme, răspunsul concret la care pentru situația dată nu poate fi găsit în Codul deontologic. În acest context menționăm că Codul deontologic nu trebuie privit ca o sumă de rețete pentru toate cazurile. El oferă principii fundamentale ce ghidează raportarea la situații care cer soluții etice. Aceasta înseamnă că deciziile pe care

¹ Timms N. *Social Work Values: An Enquiry*, p.33.

preconizăm a le lua trebuie filtrate prin prisma tuturor valorilor profesionale și nu doar al unui paragraf al Codului, că această decizie trebuie să fie satisfăcătoare nu numai pentru asistentul social, dar și pentru standardele asistenței sociale.

Factorii generatori de dileme etice pot fi încadrați în trei grupe principale:

1. **Factorii care provin de la asistenții sociali:** presupunerile, convingerile, judecățile lor de valoare privind natura umană, valorile, scopurile activității de asistență socială sau concepțiile lor teoretice privind activitatea profesională.

2. **Factorii ce țin de beneficiar:** personalitatea sa, nivelul său mental și educațional, relațiile cu alți membrii ai familiei sale, cu comunitatea, relațiile și situația sa profesională etc.

3. **Factorii ce țin de problemă:** însăși natura problemei, definirea ei, scopurile și prioritățile care derivă din acest specific, strategiile și opțiunile la care se pretează.

În sinteza oferită de *F.Loewenberg* și *R.Dolgoff* (1992), subiectele principale ce constituie elemente ale dilemelor cu care se confruntă asistenții sociali în practică sunt următoarele:

- cunoștințele profesionale ale celui care oferă ajutor *versus* drepturile beneficiarilor de a alege serviciile pe care și le doresc;

- obligațiile și solicitările contradictorii la care asistentul social e nevoit să le răspundă;

- hotărârile privind beneficiarii trebuie luate împreună cu beneficiarii, cu consimțământul acestora, dar în multe cazuri aceștia nu înțeleg toate implicațiile alegerilor lor;

- asistentul social trebuie să ia uneori decizii în situații neclare, ambigue sau contradictorii;

- asistentului social i se cere să fie sincer și să spună adevărul, dar există situații în care cunoașterea adevărului este greu suportabil de către asistat sau pare că îi face rău acestuia;

- respectarea confidențialității este adesea dificilă, deoarece sunt situații în care beneficiarului i se cere comunicarea informațiilor în interesul lui însuși sau al altora implicați în situație;

- caracterul limitat al resurselor aflate la dispoziția asistenților sociali pune problema echității, respectiv, a priorităților în distribuirea acestora;

- în general, interesele beneficiarilor sunt primordiale față de cele ale profesioniștilor, dar sunt situații în care ele periclitează serviciul sau chiar viața asistentului social;

- în deciziile sale profesionale, asistentul social trebuie să renunțe la propriile judecăți de valoare, chiar și în situații în care propriile valori îl fac să încline spre o anumită decizie;

- asistentul social își va menține raporturile cu beneficiarii săi la un nivel limitat al relațiilor profesionale, chiar dacă aceștia manifestă nevoia de o relație mai complexă;

- alegerea modalităților de evaluare și a căilor de intervenție pretinde alegerea între o tehnică mai potrivită pentru client și una mai convenabilă pentru asistentul social;

- relațiile cu colegii pot deveni conflictuale din cauza unor confruntări cu caracter profesional, provenind din perceperea diferită a obligațiilor față de beneficiari;

- respectarea regulamentelor interioare și a dispozițiilor superiorilor este o obligație a oricărui angajat, care însă vine uneori în conflict cu alte cerințe etice, în special cu slujirea prioritară a intereselor beneficiarilor.

Pentru a ușura efortul asistenților sociali de a lua decizii în cazuri dificile, M.Roth-Szamosközi propune câteva repere – cu valoare, desigur, limitată de orientare preliminară în cadrul ansamblului de principii prezentate. Ele pot constitui un filtru de principii organizate ierarhic, facilitând luarea deciziilor în cazul în care asistentul social trebuie să facă față unor dileme morale (pornind de la cele descrise de Loewenberg și Dolgoff, 1992)¹:

1. Protecția nevoilor de bază ale indivizilor și grupurilor. În toate circumstanțele protecția vieții și a sănătății beneficiarilor va sta pe primul loc față de toate celelalte valori.

2. Asigurarea oportunităților egale, asigurarea accesului la resurse primordiale pentru persoanele și grupurile cele mai dezavantajate.

3. Asigurarea autonomiei, a dreptului de autodeterminare, a libertății de alegere a persoanelor implicate, în limitele prevăzute prin lege.

4. Alegerea soluțiilor care sunt în cea mai mică măsură nefavorabile pentru beneficiar. În asistența socială se întâmplă adesea ca nici una din posibilitățile existente să nu fie cea ideală; în acest caz va fi aleasă soluția cu cel mai mic risc de a cauza o vătămare beneficiarului.

5. Promovarea, pe cât e posibil, a unei mai bune calități a vieții pentru beneficiari; vor trebui alese, deci, acele soluții care asigură în mai mare măsură nevoile beneficiarilor, nu doar cele de bază, ci și cele de confort fizic și psihic necesare realizării și implementării capacităților beneficiarilor.

6. Asigurarea confidențialității și a intimității în relația de ajutor. Limitele confidențialității trebuie menționate cât se poate

¹ A se vedea: Roth–Szamosközi M. *Perspective teoretice și practice ale asistenței sociale*, p.131-135.

de clar printre regulile organizațiilor de asistență socială, pentru a clarifica acele situații care necesită raportare în vederea unor măsuri ce depășesc relația beneficiar-asistent social.

7. Comunicarea adevărului și a tuturor informațiilor relevante care sunt în legătură cu problema și persoana asistatului.

Preocupările privind etica profesională caracterizează nu doar un moment al relației de ajutor, ci întreaga ei procesualitate, de la acceptarea cazului până la finalizarea sa. Pe acest parcurs, cu toate că codurile etice / deontologice conțin recomandări la modul general și, respectiv, termeni cu un înalt grad de abstractizare, ele servesc ca bază de soluționare a dilemelor morale, chiar dacă nu sunt absolut satisfăcătoare. Luarea unei decizii de către asistentul social, cât mai aproape de cea adecvată așteptărilor beneficiarilor, ține de nivelul de cunoaștere și respectare a standardelor deontologice, de capacitatea lui de a stabili un echilibru între valorile personale, cele profesionale și cele implicate în rezolvarea cazului concret.

Întrebări de recapitulare

1. Definiți conceptul asistenței sociale.
2. Prin ce se deosebesc următoarele concepte: asistență socială, protecție socială, securitate socială, ajutor social?
3. Care sunt obiectivele asistenței sociale? Ce probleme sociale ale omului soluționează asistența socială?
4. În ce constă esența asistenței sociale ca profesie?
5. Evidențiați domeniile tradiționale ale asistenței sociale.
6. Analizați nivelurile de intervenție în practica asistenței sociale.
7. Dezvăluiți funcțiile și rolurile asistentului social.

8. În ce condiții unei persoane i se atribuie statutul de beneficiar al asistenței sociale? Ce tipuri de beneficiari ai asistenței sociale cunoașteți?
9. În baza căror principii etice își va construi asistentul social relațiile cu beneficiarul?
10. Formulați principalele norme etice ale relațiilor reciproce din colectivul de profesioniști în asistență socială.

Bibliografie selectivă

1. *Asistența socială ca activitate de mediere în societate.* –Cluj-Napoca, 1995.
2. *Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova.* –Chișinău, 2008.
3. Bocancea C., Neamțu G. *Elemente de asistență socială.* –Iași: Polirom, 1999.
4. Bulgaru M., Dilion M. *Concepte fundamentale ale asistenței sociale.* –Chișinău, 2000.
5. Bulgaru M. (coord.). *Metode și tehnici în asistența socială.* –Chișinău, 2002.
6. Bulgaru M. (coord.). *Aspecte teoretice și practice ale asistenței sociale.* –Chișinău, 2003.
7. Buzducea D. *Aspecte contemporane în asistența socială.* –Iași: Polirom, 2005.
8. Danii T. *Republica Moldova în spațiul tranziției și costul social al reformelor.* –Chișinău, 2004.
9. Howe D. *Introducere în teoria asistenței sociale.* –București: UNICEF România, 2001.
10. Levy C.S. *Social Work Ethics.* –New York: Human Science Press, 1976.
11. Manea L. *Protecția socială a persoanelor cu handicap.* –București, 2000.
12. Maslow A. *Motivation and Personality.* –Harpen and Row, 1970.
13. Miley K.K., O'Melia M., DuBois B.L. *Practica asistenței sociale.* –Iași: Polirom, 2006.
14. Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială.* –Iași: Polirom, 2003.
15. Pop L.M. (coord.). *Dicționar de politici sociale.* –București, 2002.

16. Preda M. *Politica socială românească între sărăcie și globalizare*. –Iași: Polirom, 2002.
17. Racu A., Dانی A. *Psihopedagogie specială*. –Chișinău, 2007.
18. Roth-Szamosközi M. *Perspective teoretice și practice ale asistenței sociale*. –Cluj-Napoca, 2003.
19. Sârbu T. *Introducere în deontologia comunicării*. –Iași, 1999.
20. *Standarde profesionale în domeniul asistenței sociale*. –Chișinău, 2006.
21. Timms N. *Social Work Values: An Enquiry*. –London, 1983.
22. Țiclea A., Tufan C. *Dreptul securității sociale*. –București, 2004.
23. Zamfir C., Zamfir E. (coord.). *Politici sociale. România în context european*. –București, 1995.
24. Zamfir C., Stănescu S. (coord.). *Enciclopedia dezvoltării sociale*. –Iași: Polirom, 2007.
25. Гусякова Л.Г., Холостова Е.И. *Основы теории социальной работы*. –Москва, 1997.
26. Курбатов В.И. *Социальная работа*. –Москва, 2007.
27. *Основы социальной работы* (отв. ред. Н.Ф.Басов). – Москва, 2004.
28. *Основы социальной работы* (отв. ред. П.Д.Павленок). –Москва, 1997.
29. *Основы теории и практики социальной работы*. –Барнаул, 1994.
30. Сорвина А.С. *Социальная работа как феномен цивилизованного общества*. –Москва, 1994.
31. *Социальная работа* (отв. ред. В.И.Курбатов). –Ростов-на-Дону, 2006.
32. *Социальная работа в системе Человек – Общество – Культура*. –Саратов, 1994.
33. *Социальная работа*. –Москва, 1992-1994.
34. *Социальная работа: теория и практика* (отв. ред. Е.И.Холостова, А.С.Сорвина). –Москва, 2002.
35. *Теория и методика социальной работы* (в 2-х томах). –Москва, 1994.
36. *Теория и практика социальной работы: проблемы, прогнозы, технологии*. –Москва: РГСИ, 1992.
37. *Теория социальной работы* (в 2-х томах). –Москва: Союз, 1994.
38. *Теория социальной работы* (отв. ред. Е.И.Холостова). –Москва, 1998.
39. Тетерский С.В. *Введение в социальную работу*. – Москва, 2006.

40. Фирсов М.В., Студенова Е.Г. *Теория социальной работы*. –Москва, 2001.
41. Фирсов М.В. *Введение в социальную работу*. –Москва, 2006.
42. Фирсов М.В. *Технология социальной работы*. –Москва, 2007.
43. Холостова Е.И. *Профессионализм в социальной работе*. –Москва, 2007.
44. Холостова Е.И. *Социальная работа*. –Москва, 2007.
45. *Энциклопедия социальной работы* (в 3-х томах). –Москва: Центр общечеловеческих ценностей, 1993-1994.

Capitolul II

DIN ISTORIA ASISTENȚEI SOCIALE

2.1. Devenirea asistenței sociale ca domeniu distinct de activitate socială

Premisele apariției asistenței sociale se află în relațiile dintre oameni, care de la cele mai timpurii etape de dezvoltare conțineau astfel de elemente precum grija de cei din preajmă, de copii, persoanele în vârstă, bolnave etc. Spre exemplu, de acum în triburi, la societățile primitive existau premergătorii medicilor, doctorilor, educatorilor contemporani – sacerdoții (preoți păgâni), vrăjitorii, șamanii – care se îngrijeau de sănătatea fizică și psihică a membrilor grupului dat. Tocmai aceste activități de întrajutorare au făcut posibilă delimitarea și constituirea societății umane. Fondatorul științei sociologice *A.Comte* menționa că, în măsura în care indivizii umani au fost capabili să renunțe la preocupările lor strict egoiste și au manifestat comportamente în beneficiul alterității, în aceeași măsură specia lor a dobândit caracteristica naturală a agregării (*socius*), delimitându-se radical de restul speciilor animale¹.

Asistența socială ca activitate de ajutorare este la fel de veche ca și istoria omenirii. Explicația rezidă în faptul că nici un mediu social nu este ocolit de probleme, deficiențe, disfuncții interne. Or, comunitățile umane au avut întotdeauna în componența lor indivizi care, din cauze genetice, naturale sau sociale (disabilități, sărăcie, foamete, boli, discriminări etc.) s-au aflat în imposibilitatea de a-și satisface trebuințele prin mijloace

¹ A se vedea: Chauchard P. *Sociétés animales, sociétés humaines*. –Paris, 1963; Zamfirescu V.D. *Etică și etiologie*. –București, 1981.

proprii, iar omenirea a încercat într-un fel sau altul să-i ajutoreze. Cu timpul toate problemele ce țineau de existența omului căpătau un conținut tot mai civilizat de soluționare, concomitent evoluând și procesul formării asistenței sociale, nu doar ca un gen de activitate, dar și ca profesie, ca fenomen al vieții sociale ce include activitatea teoretică și practică de pregătire a specialiștilor în domeniu, de recunoaștere și instituționalizare a activităților asistențiale în societate.

În diferite țări asistența socială s-a format în diferite perioade de timp, fapt condiționat, în primul rând, de deosebirile existente în devenirea formelor de viață statală ale acestora. După cum menționează mai mulți specialiști, istoria asistenței sociale își are începuturile în anii 1750 î.Hr. în Babilon, unde a fost creat celebrul Cod de legi al regelui Hammurabi, prin care oamenii erau îndemnați să-și iubească semenii, să se îngrijească de cei săraci, de orfani și văduve¹. Ba mai mult, tot aici, la asiro-babilonieni, preoții învățau cum să aline durerile suferinșilor și cum să ofere consiliere².

În anii 500 î.Hr., în Grecia, au fost înființate primele cantine, băi publice pentru săraci. Menționăm, de asemenea, că în Grecia apare în această perioadă și însuși cuvântul „filantropie” (philanthrope), ceea ce înseamnă acțiune de binefacere, întreprinsă în folosul celor săraci. După cum demonstrează experiența mondială, activitățile asistențiale timpurii se limitau la câteva forme de filantropie (binefacere) care s-au manifestat, în primul rând, ca *pomană* și *asistare (grijă) publică*. Ca formă primară de binefacere, *pomana* avea un caracter neorganizat,

¹ A se vedea: *Теория и методика социальной работы* (в 2-х томах). –Москва, 1994, p.10.

² A se vedea: Târgovișteanu V. (episcopul). *Opera caritativă a Bisericii din primele veacuri creștine // Ortodoxia*, 1991, nr.2.

deținând, de rând cu momentele pozitive, și un șir de consecințe negative, dat fiind că dările permanente și generoase contribuiau la dezvoltarea mizeriei profesionale, dependenței de aceste dări.

Spre deosebire de pomană, *asistarea publică* este realizată de anumite instituții, în primul rând, de către Biserică, societate/comunitate, dar, desigur, și de persoane particulare, manifestându-se preponderent prin oferirea de adăpost și hrană indivizilor lipsiți de mijloace de existență. Documentele istorice relatează că Biserica a sprijinit din cele mai vechi timpuri familiile sărace, copiii orfani, copiii abandonati și bătrânii bolnavi, asigurându-le îngrijire, școlarizare și însușirea cultului bisericesc, cu scopul de a-i integra ulterior în societate. Apariția asistării publice ca instituție socială ține de începutul creștinismului, de zidirea bisericilor și mănăstirilor. Cu timpul însă asistarea publică, oferită de Biserică (diverse confesii), devine o funcție și a statului, a diverselor structuri ale acestuia. Astfel, spre deosebire de pomană, asistarea publică obține un caracter organizat, subiecte ale ei devenind instituții sociale atât politice, cât și nepolitice.

Totuși, după apariția creștinismului, vreme de aproape două milenii, până prin secolul al XIX-lea, asistarea practică de Biserică, instituțiile și ordinele religioase a fost principala formă de sprijin pentru săraci și celelalte categorii defavorizate. Menționăm că primele așezăminte de ocrotire socială au apărut în primele secole ale creștinismului pe lângă biserici și mănăstiri. Sfântul Vasile cel Mare a înființat primele adăposturi pentru copii, orfani, văduve, bolnavi, bătrâni etc. Prin scrierile sale, precum și prin exemplul personal, el îndemna oamenii să practice asistări, să-i ajute pe cei săraci, neputincioși, pe toți cei ce au nevoie de ajutoare din orice altă cauză în afară de lenevie¹. După oficializarea creștinismului ca religie de

¹ A se vedea: *Sfântul Vasile cel Mare. Scrieri*. –București, 1989, p10-14.

stat, sub conducerea împăraților romani, de la Constantin cel Mare (306-337), în Evul Mediu au fost înființate câteva tipuri de instituții asistențiale, precum: *brefotrofiile* (leagănele pentru copiii mici abandonati, în vârstă de până la 7 ani), *orfanotrofiile* (orfelinatele), *partenomiile* (case de adăpost pentru fecioare provenite din familiile sărace sau din orfelinate), *ghirocomiile* (aziluri pentru văduvele vârstnice, lipsite de sprijinul copiilor proprii), *societatea diaconilor* (care lucrau în adăposturile de întreținere a femeilor, copiilor și bătrânilor), *societatea presbiterilor* (care supravegheau și educau fecioarele), *societatea religioasă a Parabolaniilor* (grupuri de bărbați voluntari creștini care îndeplineau servicii sanitare în folosul celor afectați de diferite maladii etc.¹

În anii 400-500, în India apar primele spitale întru susținerea celor săraci. Mai apoi astfel de instituții au fost deschise în China, Orientul Mijlociu și în Europa. În Franța, la Lyon, de către voluntari și oamenii religioși, a fost înființată „Casa Domnului” (L'Hotel Dieu). În 650, urmașii lui Mahomed susțin săracii prin taxa Zakat, aceasta fiind una dintre cele 5 datorii obligatorii ale credinței islamice etc.

Mai târziu, odată cu destrămarea sistemului feudal (începutul sec. al XV-lea) și dezvoltarea relațiilor burgheze, la orașe apare o nouă categorie de săraci, proveniți din mediul rural. Statul Occidental obligă Biserica să-i ia și pe aceștia sub ocrotirea sa. Astfel, mănăstirile, bisericile, spitalele și alte instituții, întreținute de către Biserică, devin rețeaua națională de asistare a săracilor. Responsabilitatea lor era însă morală, și nu contractuală, ca aceea care exista între șerbi și nobili². Caritatea creștină urma,

¹ A se vedea: Mănoiu F., Epureanu V. *Asistența socială în România*. –București, 1996, p.1-4.

² A se vedea: George V. *Social Security and Society*. –London, Boston, 1973, p.4.

deci, să fie singura speranță de supraveghere pentru toți cei ce nu aveau un loc de muncă și un salariu, Biserica devenind până în secolul al XIX-lea cea mai importantă instituție care oferea asistență săracilor.

Cu toate acestea, activitățile asistențiale practicate erau ineficiente, conducând de cele mai multe ori la menținerea stării de mizerie. Ba mai mult, se înregistrau multiple cazuri de conjugare a sărăciei cu acte criminale. Drept urmare, începând cu secolul al XVI-lea sărăcia este percepută de Biserică și stat ca o problemă socială care amenință stabilitatea socială, ordinea instituită. Pentru a se evita acest pericol, încep să fie create instituții speciale (spitalul public și azilul) cu menirea de a stabili un control asupra indivizilor săraci și periculoși. În același scop, încep să fie elaborate acte legislative. Astfel, la începutul secolului al XVII-lea în Anglia apare o lege cunoscută ca *Elizabethan Poor Law* (1601), care obliga comunitățile să se îngrijească de sărăcii din interiorul lor, prin colectarea unei „taxe pentru sărăcie”. În felul acesta se încearcă să se colecteze fonduri, cu ajutorul cărora să poată fi susținute în orice moment programe de intervenție socială. După cum menționează autorii români E.Zamfir și C.Zamfir, *Elizabethan Poor Law* poate fi considerată prima formă de instituționalizare a asistenței sociale¹.

Tot în Anglia, în 1697, la Bristol, au fost inițiate și alte forme de luptă cu sărăcia: *atelierele publice* (workhouses), în care cei săraci prestau diferite munci în case pentru copii, pentru persoane cu handicap, în aziluri pentru bătrâni, obținând un venit ce le permitea să supraviețuiască; *Sistemul Roundsman*, care prevedea întreținerea șomerilor de către cetățenii parohiei din care

¹ A se vedea: Zamfir C. (coord.). *Politici sociale în România*. –București, 1999, p.102.

aceștia făceau parte; *Sistemul Speenhamland*, care prevedea acordarea unor compensații de venit muncitorilor cu salarii mici.

Un șir de instituții prestatoare de activități asistențiale au apărut în SUA: prima instituție pentru copiii orfani numită „Surorile Ursuline” (1729, New Orleans); prima fundație publică pentru copiii orfani, care se ocupa de strângerea alocațiilor (1790, statul Carolina); primul serviciu de sănătate publică (1798); primul azil de stat pentru persoane cu handicap (1845, New Jersey) etc.

Printre noile forme de activități asistențiale, orientate spre soluționarea problemelor sociale, se înscrie mișcarea voluntarilor – „*settlement house*” (așezământ social), apărută la sfârșitul secolului al XIX-lea (1884) în Anglia și cunoscută la Londra ca „Toynbee Hall” (purta numele cunoscutului sociolog, economist și militant reformist *Arnold Toynbee* – 1852-1883). Era un Centru de servicii comunitare, în care tineri culți (medici, actrițe, profesori etc.) se încadrau în activități de ajutorare a categoriilor defavorizate din marile orașe: strângeau donații, îngrijeau bolnavii la domiciliu, alfabetizau, mediau dialogurile dintre majoritate și minoritățile etnice etc. Asistarea în acest caz era efectuată de grupuri organizate, fiind precedată de o cunoaștere minimală a beneficiarilor. Aceasta a și servit drept argument pentru unii autori (Dumitru Stan) să considere etapa lucrătorilor sociali (*settlement*) ca fiind tipică pentru tranziția de la asistarea empirică la asistența socială științifică¹.

După ce vizitase Toynbee Hall, asistentele sociale Jane Addams și Ellen Gates Starr, în 1889 au deschis un asemenea așezământ pentru săraci, emigranți și pentru cei fără adăpost la Chicago, într-o casă spațioasă, Hull House (după numele

¹ A se vedea: Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.478.

fondatorului orașului Chicago, Dl. Charles Hull, care și construise această casă). Aceasta a marcat începutul unei importante mișcări sociale în America modernă – „mișcarea așezămintelor sociale”, care ulterior va iniția reforme sociale, va pune bazele conceptului de „stat al bunăstării” și va atribui identitate unei noi științe dezvoltate dinspre practică către teorie – asistența socială. Jane Addams este considerată inițiatorul asistenței sociale științifice și precursorul sociologiei americane moderne. A colaborat cu mulți gânditori marcantți ai timpului, iar Hull House devenise un Centru sociologic important, punctul de pornire al cercetărilor de teren inițiate de Albion Small, Robert Park, Ernest Burgess – părinții Școlii sociologice de la Chicago¹.

La începutul secolului al XX-lea în Franța sunt înființate „Casele sociale”, ale căror promotore (femeile creștine) se dedicau acțiunilor sociale urmând spiritul evanghelic. Cu toate că au fost supuse unei critici vehemente, „casele sociale” au constituit un model pentru centrele de asistență socială, create mai târziu, între cele două războaie mondiale. Menționăm însă că multiplele forme de asistare practicate până în preajma secolului al XX-lea constituiau în esență o *asistare empirică*, axată preponderent pe acțiuni bioaltruiste (altruism instinctiv manifestat în special în situații limitrofe), altruiste (intervenții sociale reglate atât de rațiune, cât și de afectivitate) și pe spirit comunitar (intervenții comunitare, întrajutorare, responsabilitate de grup).

În a doua jumătate a secolului al XIX-lea, odată cu extinderea dreptului de vot și difuzarea ideilor socialiste, sărăcia începe să fie tratată ca o problemă socială care își are originea în sistemul economic și nu în decăderea morală a indivizilor, în lenevia lor. Drept urmare, în numeroase țări europene spre sfârșit de

¹ A se vedea: Popa C. *Jane Addams, pionier al asistenței sociale // Revista de asistență socială*. –București, 2003, nr.3-4, p.154-161.

acest secol au apărut un șir de legi, prin care se prevedea acordarea multiplelor prestații: persoanelor în vârstă, șomerilor, celor care din motive de sănătate nu puteau munci etc. Astfel, în Germania sunt adoptate primele legi de asigurări sociale (1883): asigurări în caz de boală, accident, de bătrânețe. În Anglia, în 1911, este primită o lege ce reglementa asigurările sociale de sănătate și șomaj. În România, în 1912 este introdusă o legislație a asigurărilor de boală, bătrânețe, accidente, invaliditate și înmormântare.

Amplificarea problemelor sociale după primul război mondial demonstrase că acestea nu pot fi rezolvate doar pe baza prestațiilor Bisericii și prin intermediul asigurărilor sociale ale căror capacități de compensare erau destul de restrânse. Limitele economiei de piață impuneau tot mai insistent necesitatea intervenției statului în soluționarea problemelor sociale, preluării de către acesta a responsabilității de dezvoltarea societății. În aceste condiții se dezvoltă asistența socială ca domeniu distinct de activitate. Or, ca una dintre cele mai vechi forme de protecție a indivizilor cu nevoi speciale și a celor ce nu puteau să-și satisfacă nevoile prin forțe proprii, activitățile asistențiale au evoluat de la acțiunile filantropice, altruiste, spontane spre strategii de intervenție planificate, orientate științific, desfășurate de personal specializat și, totodată, controlate de stat.

Rețelele asistențiale cu caracter permanent, preocupate de asistența socială generală, precum și individualizată, s-au format în societățile moderne. Concomitent cu acestea s-a dezvoltat *asistența socială ca profesie*, dat fiind faptul că instituțiile asistențiale apărute aveau nevoie, pentru o funcționare benefică, de personal special pregătit și capabil să identifice grupurile de indivizi vulnerabili, problemele acestora, să elaboreze strategii de

intervenție, să determine metodele prin care se va putea obține schimbarea situației spre bine.

Începutul asistenței sociale ca activitate profesională ține de înființarea instituțiilor corespunzătoare de învățământ, a asociațiilor profesionale, de formularea drepturilor și responsabilităților de bază ale asistenților sociali, de retribuția oficială a muncii acestora. Problema pregătirii personalului specializat în asistență socială s-a pus pentru prima dată în anul 1893 în cadrul unui Congres internațional al asociațiilor de binefacere. Prima școală de asistență socială a fost creată la New York în 1897. Puțin mai târziu, în 1899, la Amsterdam este înființat Institutul de pregătire a asistenților sociali.

Situația precară a clasei muncitoare de la începutul secolului XX, marcată de răspândirea largă în rândurile ei a tuberculozei, alcoolismului și a altor boli sociale, a determinat apariția mai multor organizații ce și-au propus să desfășoare activități de diminuare a acestor fenomene. Astfel, au fost create „dispensare anti-tuberculoză”, ale căror activități depășeau, însă, cadrul acestor instituții, ele fiind completate cu diverse prestații sociale și medicale la domiciliul bolnavilor. În 1914, la Paris a fost înființată „Asociația infirmierelor-vizitatoare”, acestea fiind pregătite, începând cu 1922, în calitate de infirmiere de spital și infirmiere vizitatoare. Pregătirea la cele două specialități se făcea pe parcursul a doi ani, primul an fiind comun pentru ambele specializări. Cel de-al doilea an prevedea divizarea specializărilor, una din ele fiind axată pe intervenția spitalicească, cealaltă – pe intervenția sociomedicală. În aceste condiții se dezvoltă o nouă strategie asistențială, centrată pe modelul medical (*casework*).

În Marea Britanie, iar mai apoi în Franța, sunt create asociații ale „suprintendentelor” (Lady Welfare Supervisor, respectiv Surintendante) care se ocupau de starea de sănătate a

femeilor ce munceau la fabrici în locul bărbaților aflați pe front, de locuințele acestora, de cantinele muncitorești, condițiile igienice de la fabrici etc.

Practic în aceeași perioadă când au apărut infirmierele-visitatoare și supraintendentele apar și *asistentele sociale propriu-zise*, mai întâi în America (începutul secolului al XX-lea), iar apoi în Europa Occidentală (deceniul doi al secolului al XX-lea). Inițialmente activitatea lor ținea de instituțiile medicale. Asistentele sociale aveau ca obiectiv completarea diagnosticului medical al pacientului cu un diagnostic social. În alți termeni, asistența socială trebuia să stabilească cauzele sociale ale maladiei, pe care medicul nu totdeauna le lua în calcul. Treptat activitatea asistenților sociali se axa tot mai evident pe „terapiile sociale”, eforturile lor fiind orientate, după cum s-a menționat la primul Congres Internațional al serviciilor sociale (Paris, 1928), spre prevenirea flagelurilor sociale, ameliorarea condițiilor sociale și ridicarea nivelului de trai.

Cu toate acestea, la primele etape de dezvoltare profesia de asistent social era foarte apropiată de cea de medic, nu-și avea definită identitatea, nu-și avea elaborată o metodologie proprie. Începând cu lucrarea *Social Diagnosis* (considerată prima carte de asistență socială), scrisă de Mary Richmond (New York, 1917), asistența socială și-a asumat ca metodă distinctivă ajutorul psihologic individualizat, așa-numitul *casework*. Mai târziu această metodă a fost dezvoltată și în Europa Occidentală, menținându-se până în prezent în două forme: a) tratamentul direct, sau psihoterapia și b) tratamentul indirect, sau socioterapia. Totodată, menționez că în prezent abordarea asistențială de tip *casework* tinde să fie înlocuită de „*modelul intervenției*”, care are drept obiectiv principal schimbarea socială.

Spre deosebire de modelul medical (*casework*), modelul intervenției nu se mai concentrează doar asupra a ceea ce nu funcționează normal, asupra „maladiei sociale”, ci este centrat pe conceptul de schimbare, ne atrage atenția asupra a ceea ce este normal și obișnuit în viața cotidiană a fiecărui actor social. Și dacă vrem să obținem această normalitate, să depășim situația defavorizată, este necesar să acționăm, să schimbăm ceva. Pentru a înfăptui schimbarea asistentul social elaborează un proiect de intervenție, în care repararea „motivației clientului pentru schimbare devine... o cheie esențială pentru asistentul social”¹.

Dacă în aplicarea metodologiei *casework* asistentul social era antrenat preponderent într-un proces de autoanaliză, apoi în cazul modelului intervenției accentul se pune pe raporturile dintre relația de ajutorare și mediul social. După cum menționează cercetătorul Cristian Bocancea, această nouă concepție „le conferă adevărata identitate asistenței și asistentului social, deosebindu-i de medicină și, respectiv, de medic, precum și de psihiatrie și de psihiatru”². Or, asistentul social devine un agent al schimbării care acționează în contexte sociale complexe. De aceea, el nu se limitează la un tip sau altul de ajutorare, ci elaborează strategii de abordare multiplă, integră a problemelor.

La începutul secolului al XX-lea în Europa și America activau deja 14 școli de asistență socială. Aceasta a însemnat începutul instituționalizării asistenței sociale ca gen de activitate socială importantă, necesară și recunoscută. Treptat, ea se transformă într-un atribut inalienabil al vieții sociale dintr-un număr tot mai mare de țări, integrând în sine componenta practică, științifică și didactică³.

¹ De Robertis C. *Methodologie de l'intervention en travail social*. –Paris: Bajard Edition, 1995, p.85.

² Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.117.

³ A se vedea: *Социальная работа: теория и практика* (отв. ред. Е.И.Холостова, А.С.Сорвина), p.9-12.

Între primul și al doilea războaie mondiale au fost create instituții de învățământ în țările Americii Latine și Regatului Unit. După cel de-al doilea război mondial au fost deschise școli de asistență socială în multe țări din Asia, Orientul Apropiat și Mijlociu, în țările Europei de Est, iar mai târziu în țările de pe continentul african.

Actualmente în lume există câteva zeci de sute de școli superioare de asistență socială și facultăți specializate în universități care pregătesc profesioniști pentru sfera socială. În majoritatea țărilor învățământul în domeniul asistenței sociale este finanțat de stat, dar există și numeroase instituții de învățământ private. În unele țări caracterul privat al școlilor de asistență socială este determinat de apartenența lor la anumite confesii religioase. De exemplu, în Portugalia, Spania și în țările Americii Latine numărul de școli ce aparțin bisericii catolice romane (din Roma) este cu mult mai mare decât cel al școlilor mondene.

Un număr impunător de instituții noi de învățământ au apărut în anii '60 ai secolului al XX-lea, când asistența socială se dezvolta vertiginos în cadrul statului bunăstării. În această perioadă au fost create multiple asociații naționale și internaționale, care se ocupau de asistența socială, au început să se editeze reviste specializate, a fost elaborat Codul etic al asistentului social etc. Astfel, la 1 octombrie 1955 în SUA ia naștere Asociația Națională a Asistenților Sociali (NASW – National Association of Social Workers) care elaborează Codul deontologic al asistentului social cu obligații, responsabilități sociale și morale.

În 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).

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

- Asociația Națională a Lucrătorilor Sociali de Culoare (NABSW);
- Asociația Națională a Serviciilor Asistențelor Sociali Portoricani (NAPSSW);
- Asociația Lucrătorilor Sociali Americani de Origine Asiatică (AASW) etc.

În multe țări din Europa și America, de rând cu serviciile de stat, au fost create servicii nonguvernamentale, care lărgeau posibilitățile de oferire a ajutorului celor mai diverse categorii de indivizi vulnerabili.

Diversitatea problemelor de a căror soluționare este preocupat asistentul social a determinat specializarea și intervenția pe domenii. Din această perspectivă, spre sfârșitul secolului al XX-lea se stabilise deja zece 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 socioculturali* – 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 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;
- *asistenții sociali* din diverse instituții (școli, spitale, case de copii, penitenciare etc.);
- *asistentul de agenție* sau de serviciu social.

Diversificarea crescândă a specializării domeniilor asistențiale nu conferă însă asistentului social un statut bine definit. Astfel, până în zilele noastre activitatea asistentului social este confundată adesea cu cea proprie altor profesii: a asistentului medical, psihiatrului, educatorului, juristului etc. De menționat aici că în raport cu celelalte profesii, care includ activități de tip asistențial, asistentul social are un rol de integrator și coordonator al eforturilor de restabilire a normalității în sistemele sociale¹.

Ca activitate profesională și instituție socială, asistența socială este o realizare culturală a secolului al XX-lea. Din această perspectivă, asistența socială, spre deosebire de asistarea empirică, ne apare ca activitate ce se desfășoară în conformitate cu exigențele cunoașterii științifice, având un caracter organizat și premeditat (nu spontan, întâmplător, de moment). Tocmai aceste aspecte sunt menționate de autorii români E.Zamfir și C.Zamfir, când definesc *asistența socială* ca „un ansamblu de instituții, programe, măsuri, activități profesionalizate, servicii specializate

¹ A se vedea: Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.118.

de protejare a persoanelor, grupurilor, comunităților cu probleme speciale, aflate temporar în dificultate, care din motive de natură economică, socioculturală, biologică sau psihologică nu au posibilitatea de a realiza prin mijloace și eforturi proprii un mod normal, decent de viață¹. Așadar, trăsăturile principale ce caracterizează asistența socială ca realizare a secolului al XX-lea, deosebind-o de activitățile de asistare empirică, constau în:

a) *instituționalizarea definitivă a serviciilor de asistență socială* (pe cât posibil, fiecare tip de anormalitate să facă obiectul unor instituții speciale, cu programe, regulamente, metodologii, strategii fundamentate științific);

b) *realizarea activităților de intervenție de către profesioniști abilitați prin studii de profil* (de regulă, studii superioare), atestați prin proceduri din care să rezulte nu doar stăpânirea elementelor de teorie și practică în domeniu, ci și disponibilități / înclinații profund umaniste².

Dezvoltarea asistenței sociale în secolul XX a fost puternic influențată de schimbările bulversante ce au început în preajma primului război mondial. Comunitățile nu mai puteau face față multiplelor probleme sociale ce luau amploare: instabilității familiei, șomajului, numărului văduvelor, orfanilor, invalizilor de pe urma celor două războaie etc. Toate acestea impuneau necesitatea elaborării politicilor sociale de stat, prin care să fie protejate părțile vulnerabile, să fie create servicii de asistență socială menite să identifice indivizii, grupurile de oameni în dificultate, să ofere suportul necesar pentru revenirea la o funcționare socială normală, iar, drept urmare, să asigure diminuarea posibilităților de destabilizare a societății.

¹ Zamfir E., Zamfir C. *Politici sociale*. –București, 1995, p.100.

² A se vedea: Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.475.

În aceste împrejurări, un imbold semnificativ în dezvoltarea instituției asistenței sociale l-au constituit politicile sociale ale „statului bunăstării” (welfare state), orientate spre asigurarea legislativă a drepturilor tuturor cetățenilor la un trai decent, spre crearea „bunăstării colective”. Statul bunăstării a început să se configureze la sfârșitul secolului al XIX-lea în societățile industriale intrate într-un proces rapid de dezvoltare. Un pas important în construcția statului bunăstării, consolidarea sistemului de protecție socială, l-a constituit dezvoltarea sistemelor de asigurări sociale. Astfel, după cum s-a menționat deja, în Germania bismarkiană, începând cu anul 1883 se organizează primele asigurări sociale, mai întâi de boală, apoi cele de accidente (1884), de invaliditate și de bătrânețe (1889). În 1991, în Anglia guvernul liberal introduce asigurările sociale de sănătate și de șomaj. De asemenea, România se află printre primele țări din lume care au introdus asigurările sociale. Spre exemplu, prin cunoscuta Lege Nenițescu (după numele ministrului industriei și comerțului) din 1912, care se extindea și asupra Basarabiei, au fost acoperite ajutorul de boală, de accidente și de înmormântare, pensiile de invaliditate și de bătrânețe.

Prin intermediul asigurărilor sociale are loc o multiplicare a modalităților de protecție socială și, totodată, o desprindere a unor categorii de populație de sistemul de asistență socială, la care ar fi trebuit să apeleze în condiții mai mult sau mai puțin umiltoare. Or, de rând cu prestațiile noncontributive (specifice pentru asistența socială), beneficiarului i se creează posibilitatea de a-și aduce propria contribuție la procurarea resurselor, serviciilor necesare.

Statul bunăstării reprezintă o etapă importantă în evoluția statului, un răspuns la cererea crescândă pentru siguranța economico-socială. Într-o formă consolidată el ne apare ca

rezultat al bunăstării crescânde a societății, precum și a posibilităților economice ale statelor dezvoltate în perioada postbelică. Putem considera statul bunăstării ca fiind o *instituție socială* (tipică pentru țările dezvoltate) care produce, organizează și reglementează bunurile sociale și serviciile (dimensiune instituțională) și este responsabil de a oferi oamenilor atât unele bunuri stabilite de comun acord, cât și servicii pentru a proteja familiile și indivizii împotriva contingențelor sociale și în scopul stabilizării mediului socioeconomic (dimensiunea funcțională).

Secolul XX a cunoscut două forme majore ale statului bunăstării: *statul capitalist* (bazat pe economia de piață) și *statul socialist*. Cele două tipuri de state ale bunăstării au avut trăsături distinctive, dar și trăsături comune. Nu ne propunem să analizăm această întrebare, menționăm doar că în ambele cazuri statul bunăstării arată în prima etapă de dezvoltare (1950-1975) ca o rețea complexă de protecție socială cu funcția de a asigura un nivel de dezvoltare decent. Or, protecția socială includea: bunuri și servicii oferite gratuit colectivității (educație, sănătate etc.); sistemul de asigurări sociale, sprijinul universal acordat unor categorii de oameni cu nevoi speciale (persoane cu dizabilități etc.); asistența socială fundată pe testarea mijloacelor financiare individuale. Cu referire la cea din urmă componentă, menționăm că în condițiile socialismului sursa cea mai importantă a bunăstării individuale o constituiau doar veniturile primare salariale (veniturile din profit au fost complet eliminate). Generalizarea sursei salariale, iar odată cu aceasta și generalizarea sistemului de asigurări sociale, politica folosirii complete a forței de muncă, realizarea pe diferite căi a unui egalitarism social a redus *nevoia de asistență socială fundată pe testarea mijloacelor individuale*, treptat desființând-o complet. Statul socialist prefera

să rezolve situațiile dificile prin încadrarea în unul din sistemele universale de beneficii.

În prima perioadă (1950-1975) statul bunăstării s-a consolidat ca un complex sistem politic, social și economic care a modificat profund organizarea societăților occidentale. Deși cu diferențe sensibile de la țară la țară, cu tendințe spre un model mai rezidual sau mai universalist, în această perioadă statul bunăstării occidental reprezintă mai degrabă o paradigmă comună fundată pe teoria economică keynesiană*. Chiar modelul rezidual (SUA) era o variantă mai moderată a statului universalist al bunăstării. Există multiple opinii cu privire la statul bunăstării. În mod frecvent însă termenul de „stat al bunăstării” este asociat cu statul modern cu economie de piață care se focalizează pe îngrijirea sănătății, creșterea nivelului de educație, reglarea pieței muncii și securitatea socială.

În prima etapă de dezvoltare (1950-1975) statul bunăstării ne apare ca un stat puternic caracterizat prin: intervenția guvernelor în economie și în oferirea unei game largi de servicii sociale; finanțarea acestor servicii prin impozitul progresiv pe venit (Marea Britanie) sau prin sisteme cuprinzătoare de asigurări (ca în alte țări europene); oportunități egale realizate prin furnizarea serviciilor de la nivel central; redistribuirea prin centralizare – politica era hotărâtă la centru, însă guvernele locale aveau un rol important în administrarea acestor servicii.

Creșterea economică fără precedent a atras, desigur, după sine o creștere continuă a cheltuielilor sociale în deceniile cinci și șase ale secolului trecut. Concomitent, șomajul a descrescut foarte mult în această perioadă, înregistrând în mai toate statele

* Ideile lui S.M.Keynes aveau ca piloni centrali creșterea rolului statului în reglarea proceselor economice de piață și stabilirea ca obiectiv al „șomajului 0”, ocuparea deplină a forței de muncă.

occidentale ceea ce s-a numit „șomajul 0”, un fenomen social-economic pozitiv pe termen scurt, dar, după cum se știe, cu urmări negative pe termen lung¹. Or, „șomajul 0” a condus la presiune salarială ridicată (datorită ofertei scăzute de muncă), iar drept urmare – la inflație (datorită devalorizărilor care să compenseze măririle salariilor). Cu o rată mare a inflației, însă, orice economie intră în situație de criză. Astfel, continuarea finanțării statului bunăstării în varianta sa universalistă devenise imposibilă.

Criza economică ce a început în 1973 prin creșterea bruscă a prețului la petrol pe piața mondială, dar având ca factori generatori și productivitatea scăzută, cererile salariale „excesive”, „supraîncărcarea fiscală”, din moment ce costurile sociale crescânde au devenit greu de susținut prin impozitare generală, șomajul în creștere au încheiat perioada „de aur” a statului bunăstării. Ea a fost urmată de o perioadă a „crizei” statului bunăstării (1975-1980), care a generat critici vehemente însoțite de schimbări în opinia față de principiile politicilor sociale ale bunăstării și de lansarea programelor de ieșire din criză (1980-1990). Alegerile din Marea Britanie și SUA de la începutul anilor '80 au adus la putere două personalități de dreapta – R.Reagan și M.Thatcher – care și-au legat numele pentru totdeauna de *politicile sociale rezidualiste*, axate pe o platformă neoconservatoare a statului minimal al bunăstării.

După cum menționează Ramesh Mishra, din 1980 statul bunăstării se divizează în două tipuri distincte de regimuri ale bunăstării: unul neoconservator și altul social-corporatist. *Principiile regimului neoconservator* prevedeau:

- retragerea statului din economie;

¹ A se vedea: Preda M. *Politica socială românească între sărăcie și globalizare*, p.37.

- retragerea statului din funcția de producere și asigurare a bunăstării;
- politica socială focalizată.

Or, prin programul neoconservator, sau prin statul minimal al bunăstării, se propune o reducere esențială a beneficiilor sociale universale până la înlocuirea lor totală cu asistența socială pentru cei mai săraci pe baza testării mijloacelor și aceasta la un nivel care să-i stimuleze să facă eforturi proprii, evitându-se generarea unei situații de dependență și de demotivare. În felul acesta, se produce un transfer de la stat la individ a responsabilității pentru bunăstarea personală: pentru îngrijirea medicală, pentru educație, pentru asigurări sociale. Statul urmează a avea o *implicare focalizată în ceea ce privește serviciile sociale*: sprijinirea doar a segmentului de populație care nu poate singur să-și asigure un nivel suficient de bunăstare (copiii orfani, bătrânii, handicapații etc.). O parte din serviciile sociale trebuie preluate de către comunitatea însăși. Statul urmează să se retragă tot mai mult din funcția de furnizor al serviciilor sociale, această funcție urmând să fie preluată de către organizații economice de tip profit, de organizații non-guvernamentale (non-profit) voluntare, de caritate și, în mod special, de către *familie și comunitate*.

Din cele relatate devine evident că criza statului bunăstării s-a reflectat și asupra opiniilor cu privire la asistența socială. Urmare a acestei crize, în țările europene are loc o reducere semnificativă a defalcărilor pentru programele sociale, drept mărturie servind în cazul dat programul neoconservator al bunăstării.

Multe țări europene (Suedia, Austria, Olanda, Germania, Franța) au adoptat o altă soluție de ieșire din criză a statului bunăstării: soluția social-democrată și social-corporatistă. Această opțiune a fost axată pe următoarele trei principii fundamentale:

ocuparea totală a forței de muncă („șomajul 0”), servicii sociale universale și menținerea unui standard minim de viață pentru întreaga comunitate. Programul dat se baza, deci, pe cu totul alte presupoziii teoretice decât programul statului minimal (neoconservator) al bunăstării: în locul retragerii, se opta pentru menținerea și consolidarea componentelor de stat universalist al bunăstării.

Baza social-politică a celor două strategii este foarte diferită. Programul neoconservator se fundează pe interesul individual al segmentelor înstărite ale colectivității care doresc o reducere a impozitelor pe care le plătesc și care preferă ca în locul acestora să cumpere de pe piața liberă serviciile de calitate de care au nevoie. Programul social-democrat și social corporatist se fundează mai degrabă pe sentimentul unei solidarități sociale, pe interesul întregii colectivități de a evita tensiunile și conflictele generate de inegalitățile excesive ale economiei de piață. Modalitatea de realizare a solidarității sociale este parteneriatul social care suplimentează eficace sentimentul democrației parlamentare. Statul universalist al bunăstării a urmărit realizarea unei societăți a bunăstării generos distribuite, complementară cu economia de piață de tip liber¹.

Actualmente, în literatura de specialitate adesea se vorbește despre două modele de asistență socială: modelul american și modelul european. În realitate, este vorba despre două forme de realizare a politicilor sociale ale bunăstării, deosebirea dintre ele fiind determinată de gradul de implicare a statului în furnizarea bunăstării. În ultimii 20 de ani politicile sociale din majoritatea statelor vest-europene și din SUA au fost axate pe concepțiile conservatoare, reducând la minim această implicare a statului și fiind orientate preponderant spre sprijinirea celor mai vulnerabile

¹ A se vedea: Zamfir C. (coord.). *Politici sociale în România*, p.378-398.

grupuri de populație. Evident, orientarea sistemelor bunăstării sociale este determinată de tradițiile stabilite în decursul anilor. Spre exemplu, tradițiile individualismului și solidarității au generat diferite sisteme ale bunăstării sociale, respectiv în SUA și Suedia.

SUA, cu tradiție liberală, este un exponent tipic al „*statului bunăstării reziduale*” (intervenția statului în domeniul social fiind extrem de redusă) și se circumscrie, în linii mari, la programe centrate pe asistența socială acordată în special săracilor pe baza unei verificări drastice a veniturilor.

În Țările Scandinave, exemplul cel mai mult admirat fiind Suedia, politicile sociale au evoluat sub influența concepțiilor social-democrate și au tins să se extindă asupra întregii populații, indiferent dacă nevoia era sau nu manifestată. Principalele obiective le-au constituit realizarea solidarității sociale, echitatea prin politica socială. Se promovează o politică de venituri de bază garantate într-o gamă largă de prestații sociale, dintre care cele mai importante sunt: alocațiile universale pentru copii, pensiile de bază, îngrijirea sănătății. Obiectivele politicilor sociale se realizează preponderant pe căi redistributive, prin transferuri și prin sistemul de impozite și taxe.

Tradițiile devotamentului pentru viața de familie și relațiile de rudenie au avut un rol determinant în organizarea sistemului de protecție socială în Iran, China, India. Astfel, dacă în țările europene dezvoltate asistența socială acordată persoanelor vârstnice în pansioane, aziluri și la domiciliu este foarte răspândită, apoi în țările asiatice acest gen de asistență socială, ca strategie de suport, rămâne până în prezent de neacceptat. În aceste țări oamenii în etate se bucură tradițional de autoritate înaltă în sistemul relațiilor de rudenie, iar grija față de ei este o responsabilitate exclusiv a familiei, dar nu a instituțiilor străine.

De asemenea, statul bunăstării dezvoltat în Asia de Sud-Est (Hong-Kong, Singapore, Coreea de Sud și Taiwan), numit de Catherine Jones *statul bunăstării oiconomic*, sau confucianist, este cu totul diferit de modelele vest-europene. Crearea bunăstării se caracterizează aici printr-un aport foarte mare al familiei și comunității, care au lăsat pe seama statului puține probleme de rezolvat. Familia și comunitatea își asumă responsabilități majore pentru îngrijirea bătrânilor, persoanelor cu handicap, investind de asemenea foarte mult în educația copiilor, care vor face carieră pentru a-i ajuta ulterior pe ceilalți membri ai familiei.

Așadar, evoluând în domeniul prestațiilor sociale de la condiția de spectator (în perioada liberalismului clasic) la cea de tutore (de la sfârșitul secolului al XIX-lea și până după al doilea război mondial), statul se va transforma, începând cu anii '50, în „furnizorul general de resurse și de securitate socială”¹. Însă, pe parcursul anilor au fost scoase în evidență multiple carențe ale strategiilor de protecție socială, în special, ce țineau de faptul că acestea cultivau dependența persoanelor defavorizate, erau însoțite de presiuni asupra bugetului public, de creșterea cheltuielilor sociale, care nu totdeauna conduceau la creșterea calității serviciilor de asistență socială. De aceea, astăzi se cere să fie revăzut rolul instituției asistenței sociale prin crearea unei responsabilități egale dintre stat și individ în ceea ce privește bunăstarea acestuia.

Totodată, menționăm că, în pofida faptului că și în prezent se aduc critici la adresa serviciilor de asistență socială, acestea fiind considerate ineficiente și împovărătoare pentru economia de piață, nici unul din statele civilizate, din politicienii oficiali – atât din West, cât și din Est, nu se pronunță pentru desființarea instituției asistenței sociale. Asistența socială rămâne a fi o trăsătură definitorie a societăților contemporane, marcate de apariția

¹ Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.125.

multiplelor probleme sociale noi, de regulă din ce în ce mai complicate (abuzul de alcool, dependența de droguri, infecția HIV/SIDA, refugiații etc.), asistentul social fiind implicat actualmente în soluționarea multiaspectuală a problemelor din diferite sfere și la diferite niveluri sociale: lucrul cu persoanele aparte, cu familia, cu grupuri mici de oameni și cu comunități, cu organizații etc.

Experiența internațională demonstrează tot mai convingător că instituția asistenței sociale contribuie la menținerea ordinii, stabilității sociale, la îmbunătățirea considerabilă a vieții oamenilor. Tocmai din această perspectivă asistența socială este o componentă necesară și inalienabilă a organizării sociale din orice societate, indiferent de nivelul ei de dezvoltare.

2.2. Dezvoltarea asistenței sociale în România

Cercetarea istoricului asistenței sociale în România permite să avem o imagine mai deplină despre devenirea asistenței sociale și în Republica Moldova, care nu începe cu declararea actului de independență în 1991, ci coboară în adâncurile istoriei, devenind la diferite etape ale acesteia componentă inseparabilă a unuia și aceluiași proces.

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 mănăstirilor¹. Astfel, pe lângă diferite mănăstiri au fost organizate așa-zisele

¹ A se vedea la acest compartiment: Zamfir E. *Tradițiile asistenței sociale în România* // Zamfir C. (coord.). *Politici sociale în România*, p.238-246; *Revista de Asistență Socială*. –București, 2002, nr.1, p.6-20; Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.478-506; Buzducea D. *Aspecte contemporane în asistență socială*. –Iași: Polirom, 2005, p.39-59.

„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 asociale: cerșetori și vagabonzi).

E cunoscut de asemenea faptul că 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 și aziluri pentru nevoiașii suferinzi, nevolnici sau pentru cei loviți de soartă.

După cum atestă documentele istorice, voievozii creștini ai provinciilor românești s-au implicat în activități de protecție socială cu mult înainte de apariția statelor moderne, ceea ce denotă, probabil, nu doar mila lor față de săraci, dar și dorința de a se alinia la tendințele lumii creștine (europene). Drept exemplu poate servi întemeierea în secolul al XIV-lea de către Radu Basarab lângă Câmpulung, la Mățăul de Jos, a unui sat special pentru adăpostirea orbilor, șchiopilor, ologilor și altor „mizeri”, înzestrându-l cu moșie și scutindu-l „de orice impozite”.

Neagoe Basarab, domnitor al Țării Românești în anii 1512-1521, recomanda fiului său Teodosie să fie generos, să ajute cu bogăția acumulată pe cei săraci, căci numai așa își va câștiga un nume bun, va rămâne în memoria generațiilor. Acest lucru trebuie să-l știe, mai ales, domnitorii țării.

Cele mai vechi așezări de asistență socială apar sub denumirea de „calicii”. Astfel de așezări sunt înființate de Negru Vodă la Câmpulung și la București, sub mlaștina Dâmboviței, sub dealul Mitropoliei. Asistații primeau ajutoare de la Domnie, din încasările vamale, din taxele de divorț și din „cutia milelor”. Totul se limita la ajutorarea săracilor, pe seama carității publice, mai ales a mănăstirilor.

În Moldova, voievodul *Ștefan cel Mare* începe în anul 1480 marea operă de asistență a sărăciei, mizeriei prin colonizarea calicilor, oferindu-le și anumite servicii sociale, anumite ajutoare (privilegii). Au fost formate așa-numitele „Bresle ale calicilor”, care întruneau diferite categorii de persoane în dificultate, precum orbi, ologi, schilozi etc. La acea vreme această inițiativă a reprezentat un adevărat program social de dimensiuni regionale, întrucât acoperea întregul ținut moldovenesc. „Breslele calicilor” au existat pe teritoriul Moldovei, inclusiv al Basarabiei, până în secolul al XIX-lea.

În Țara Românească, în lista celor implicați în desfășurarea activităților de asistare a nevoiașilor se înscrie și numele Domnitorului *Matei Basarab*, care a ctitorit așezăminte pentru protecția văduvelor și orfanilor minori (un fel de centre maternale astăzi). Aceste instituții erau construite și susținute financiar de către autoritățile conducătoare.

Pe timpul lui *Vlad Voievod* (1524) săracii erau ocrotiți la Curtea de Argeș și primeau, pe lângă adăpost, hrană, îmbrăcăminte și bani, asigurându-li-se astfel toate trebuințele de bază.

Pe lângă „Fundăția Colțea”, care a fost întemeiată de spătarul Mihai Cantacuzino și de clucerul Colțea, a fost construită, la începutul secolului al XVIII-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 perioada anilor 1735-1750 „Fundăția Pantelimon” (înființată de Grigore al II-lea Ghica) și corpul clerical construiește un spital care, cu trecerea timpului, se extinde de la 12 paturi la 350 paturi (1880), având pe lângă el tot timpul și un

orfelinat pentru copiii săraci, de altfel – prima unitate de asistență socială din țară cu acest profil.

În anul 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. Tot în 1775, *Alexandru Ipsilante* înființează pentru copii un azil și un spital numit „Orfanotrofion” (orfelinat pentru copii), care se întreținea din fondurile „Cutiei Milelor”.

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

În perioada anilor 1782-1785 *Alexandru Mavrocordat* înființează în Moldova „Casa Milei”, care era alimentată prin diferite taxe: cele datorate de către mitropoliți și episcopi cu ocazia înscăunării lor, de boieri cu ocazia instaurării lor ca dregători, cele impuse arendașilor poștei, cumpărătorilor de pășuni, taxe asupra crâșmăritului, amenzi judecătorești.

Pentru România actul de naștere a 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. Astfel, 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 adăpost, 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. În acest azil exista o școală primară și mai multe ateliere școlare în care se instruiau fetele asistate și care la vârsta de 16-18 ani erau repartizate să lucreze în anumite unități sau familii cu posibilități materiale bune.

În lista instituțiilor cu caracter asistențial se numără, de asemenea: Orfelinatul „Sf. Panteleimon”, înființat la București în 1867; Azilul „Manea Brutaru”, ce adăpostea 80 de copii; Leagănul „Sf. Ecaterina”, înființat în 1897 din inițiativa Doamnei Ecaterina Cantacuzino și a Societății Materne; Societatea de Binefacere „Regina Elisabeta”; Societatea „Principele Mircea”; Societatea „Cercurile de gospodine” etc.

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. 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.

În România, intervenția sistematică a statului în activitatea de asistență socială începe odată cu crearea în 1920 a Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirii Sociale ce coordona activitatea de asistență socială prin 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 rămâne un moment de referință pentru asistența socială modernă din România. Prin această Lege 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. 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.

Ca profesie, asistența socială în România s-a dezvoltat în legătură directă cu cercetările Școlii monografice de sociologie de la București, sub îndrumarea profesorului Dimitrie Gusti.

Dezvoltarea școlii române de asistență socială a fost inițiată și susținută de un puternic grup de sociologi, precum: Dimitrie Gusti, Henry H. Stahl, Veturia Manuilă, Xenia Costa-Foru Andreescu (care a fost un timp și directoarea școlii), dr. Iuliu Moldovan. Asimilând experiența înaintată a SUA și Europei, ei au atribuit 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, orfelinate, aziluri pentru bătrâni, colonii de reeducare etc.).

Cercetările Școlii de sociologie de la București s-au orientat nu doar asupra mediului rural, ele au explorat și o dimensiune specific urbană, ce s-a dovedit constitutivă pentru asistența socială: efectele procesului de urbanizare asupra indivizilor și comunităților. 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, inclusiv în Basarabia, având astfel posibilitatea realizării unor cercetări comparative pe întreg teritoriul țării, fapt ce 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 în detaliu a realității sociale. Echipele Institutului au realizat anchete sociale în cartierele în care se cerea a fi soluționate probleme majore de integrare socială, având ca obiectiv identificarea de soluții specifice fiecărui caz în parte. Important este în această abordare 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, comunități aflate în dificultate: familii dezorganizate, persoane ce trăiau din prostituție, cerșetori, vagabonzi, infractori, bande de minori delincvenți, săraci etc.

În 1928, 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 abandonați, 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 următoarele misiuni principale:

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 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 Ocrotirii 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, directorul școlii, a elaborat programa analitică și planul de învățământ, ale căror obiective majore 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, incluzând cursuri de biosociologie a familiei (normale, dezorganizate, concubine, divorțate), de sociologie a colectivităților și a grupurilor dependente social, a delincvenților, a persoanelor inadapte social, probleme ale femeilor și ale copiilor;

b) oferirea informațiilor 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), a statisticii și contabilității;

d) aplicarea tehnicilor de acțiune socială în colectivități și grupuri sau privind persoane aparte, organizarea unităților și instituțiilor de ocrotire socială.

În corespundere cu aceste 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) pentru asistența copiilor – centre la Societatea leagănului „Sf. Ecaterina”, Societatea „Principele Mircea” și la Spitalul de copii, secții de asistență socială la oficiile de ocrotire din municipiile Brașov, Cluj, Sibiu, Craiova, Ploiești, Timișoara;

5) centrele de practică organizate la: Tribunalul de minori din București, închisoarea Vacărești, Spitalul Colentina (secția de boli nervoase și secția de boli venerice pentru asistența individualizată a prostituatelor), Spitalul Filantropia (secția de boli de cord și secția de maternitate), spitalele Pantelimon, Brâncovenesc, dr. Cantacuzino etc.

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 – tradiție și necesitate*”, 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. Editarea revistei a fost reluată în 2002 de Catedra de Asistență Socială a Universității din București. 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, cu o largă participare națională și internațională.

Astfel, putem spune că programul de formare a asistenților sociali în România, până la instaurarea regimului socialist, s-a realizat cu sprijinul direct al cercetărilor sociologice desfășurate în cadrul Institutului Social Român, care mai târziu s-a transformat în Institutul de Cercetări Sociale din România. Legătura cercetărilor de sociologie urbană cu practica unor unități de ocrotire socială din acea perioadă (creșe, cămine de zi, orfelinate,

* Tradiția a fost reluată în 1992 prin înființarea de către Doamna profesor universitar Elena Zamfir a Asociației Române pentru Promovarea Asistenței Sociale, iar în 2003 – a Federației Naționale a Asistenților Sociali din România.

aziluri de bătrâni, colonii de reeducare etc.) a fost o constantă forțe a debutului asistenței sociale profesioniste. Relația dintre teorie și practica cercetării în asistența socială la acel timp a fost puternic influențată, de asemenea, și de școala americană (de acțiunile, serviciile structurate instituțional de sprijin social, denumite în limba engleză *Social Work*), pe care mulți dintre sociologii români au cunoscut-o direct¹.

Activitățile Institutului Social Român s-au extins, după cum am menționat, și în Basarabia. Astfel, la inițiativa lui D.Gusti, în 1934 a fost deschisă o filială a acestui institut în Basarabia cu sediul la Chișinău, având ca obiective:

- cercetarea vieții sociale din sate și orașe sub toate aspectele, ținându-se cont de particularitățile regiunii;
- propunerea unor reforme care să rezulte din aceste cercetări;
- încadrarea tineretului în munca de cercetare;
- educarea socială a maselor etc.

Institutul Social Român din Basarabia a constituit un adevărat centru organizatoric al cercetării sociale interbelice, afirmându-se pe acest plan prin rezultate remarcabile. Colaboratorii Institutului și-au concentrat atenția, în special, asupra satului, ca unitate complexă, utilizând metodologia monografiei sociologice. Vom menționa în acest context cercetările realizate la Iurceni, Nișcani, Copanca, Popeștii de Sus, Olănești, ale căror rezultate constituie o bază documentară valoroasă de cunoaștere a situației economice, social-politice și culturale din Basarabia în perioada dintre cele două războaie mondiale. Prin filiala din Basarabia, Institutul Social Român a

¹ A se vedea: *Asistența Socială în Marea Britanie și România*. –București, 2000, p.75.

contribuit în măsură deosebită la dezvoltarea științei sociologice din Moldova, precum și la orientarea spre o „asistență socială științifică”, concepută de D.Gusti ca o ramură practică a sociologiei concrete și care are scopul de a întemeia o politică socială ce va trata fenomenele de devianță socială, în deplină cunoștință de cauză¹.

În perioada regimului 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 mai întâi 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. 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, unul dintre puținele manuale de asistență socială publicate în lume până la acea dată.

Curând a devenit însă clar că regimul socialist nu va tolera sistemul de asistență socială, deoarece îl considera străin unei societăți socialiste. 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

¹ A se vedea: Bulgaru M., Cheianu D. *Dezvoltarea științei și învățământului sociologic în Moldova*. – Chișinău, 2005, p.132-197.

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, 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 a fost o piedică serioasă în calea dezvoltării unor servicii specializate de asistență socială. 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) a coordonat întreaga activitate de protecție și asistență socială, gestionând fondurile alocate pentru aceasta.

Efectul negativ al acestei situații a fost urmat de:

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

Este paradoxal faptul că 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. Dar această atitudine pozitivă față de sociologie nu avea să dureze prea mult. În 1978 (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, abandonati, pentru bătrâni singuri și neajutorați), care ofereau persoanelor în dificultate servicii de calitate slabă, neprofesioniste. 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 îngrozitoare.

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, contribuției însemnate aduse de sociologi cu prestigiu, cum erau H.H.Stahl și Ioan I.Matei, pentru dezvoltarea asistenței sociale românești. În plus, după cum s-a menționat deja, alături de asistenții sociali, sociologii au trăit și ei experiența tristă a desființării învățământului sociologic începând cu anul 1978. La această acțiune de reconstrucție s-au alăturat și o parte din asistenții sociali formați până în 1969 și care au reușit să păstreze vocația profesiei lor.

În calitate de Ministru al Muncii în primul Guvern de după Revoluție, Domnul profesor Cătălin Zamfir dezvoltă o nouă arhitectonică a sistemului de asistență socială, declanșând ireversibil mecanismele administrative în domeniu.

În vara lui 1990 Ministerul Muncii și Protecției Sociale a luat inițiativa energică de a reînființa învățământul de asistență socială. Acesta a debutat 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 și în alte universități (Timișoara, Oradea, Alba Iulia, Pitești, Târgoviște), care 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.

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, 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.

O contribuție deosebită a adus la dezvoltarea și modernizarea învățământului de asistență socială din România Doamna profesor universitar Elena Zamfir, șef al Departamentului de Asistență Socială de la Universitatea din București. În contextul celor expuse merită a fi menționat și efortul depus de Doamna profesor Elena Zamfir în editarea, începând cu 2002, a *Revistei de Asistență Socială* (director al cărei Dumneaei este) care, conform bunei sale tradiții din

perioada de început, se impune ca o modalitate eficientă de dezbateră a problemelor sociale actuale, ca un dialog constructiv privind regândirea sistemului de asistență socială, elaborarea unor strategii eficiente de protecție și intervenție socială, de dezvoltare a unor servicii de asistență socială specializate.

În 1992 Doamna profesor Elena Zamfir a pus bazele Asociației Române pentru Promovarea Asistenței Sociale, iar în 2003 a contribuit decisiv la crearea Federației Naționale a Asistenților Sociali din România (FNASR), care include cele 11 asociații ale asistenților sociali din țară și care este membră a Federației Internaționale a Asistenților Sociali (IFSW – International Federation of Social Workers)¹.

În prezent, sistemul de asistență socială în România este reconstruit pe baze moderne și într-o configurație specifică mileniului trei. A fost adoptat cadrul legislativ necesar dezvoltării sistemului de asistență socială (Legea privind sistemul național de asistență socială, Legea privind venitul minim garantat, Legea împotriva marginalizării sociale, Legea administrației publice locale, Legea privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă, Legea statutului asistentului social, Legea privind protecția și promovarea drepturilor copilului). Există câteva mii de specialiști cu diplomă universitară în asistență socială, autoritățile locale dezvoltă servicii sociale, există voință politică și strategii în domeniul asistenței sociale.

Organizarea, funcționarea și finanțarea sistemului de asistență socială din România sunt reglementate de Legea-cadru nr. 705/2001, care statuează câteva principii ce stau la baza sistemului: respectarea demnității umane, universalitatea, solidaritatea socială, parteneriatul și subsidiaritatea. În baza

¹ A se vedea: *Revista de Asistență Socială*. –București, 2003, nr.3-4, p.162-164.

acestei legi structura organizațională a noului sistem de asistență socială funcționează la nivel central și teritorial (județean și local), ținându-se cont de nevoile și caracteristicile societății românești și fiind în același timp în concordanță cu standardele europene¹.

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 faptul că pe parcursul istoriei au parvenit un șir de schimbări teritoriale. Delimitarea spațiilor istorice permite să deosebim în perioada secolelor XIX-XX câteva etape principale, fiecare având contribuția sa specifică în constituirea identității asistenței sociale:

1) perioada dominației Imperiului Rus, caracterizată de diverse acte de caritate din partea Statului Rus (sub formă de „ukazuri“, legi sau decrete) și din partea anumitor organizații, persoane fizice, comitete obștești. O importanță deosebită pentru dezvoltarea domeniului social din Moldova în această perioadă a avut-o, de asemenea, medicina de zemstvă;

2) perioada interbelică (1918-1940), când Basarabia își dezvoltă serviciile sociale în componența României. Această etapă cuprinde organizarea asistenței sociale la nivel de stat, emiterea unor legi ce prevedeau protecția păturilor defavorizate;

3) perioada regimului comunist (după 1940), când a fost instituit Ministerul Muncii și Protecției Sociale, care se ocupa în special de pensionare și subsidiile bănești, fiind promovată ideea că societatea comunistă nu are probleme ce ar necesita asistență socială comunitară;

4) perioada existenței Republicii Moldova ca stat suveran și independent (după 1991), care reprezintă un început de

¹ A se vedea: *Revista de Asistență Socială*. –București, 2002, nr.1, p.66-74.

conștientizare a importanței asistenței sociale în soluționarea multiplelor probleme cu care se confruntă societatea, un început de reformă a sistemului de protecție socială sub toate aspectele: legislativ, instituțional, cel al serviciilor sociale și al formării resurselor umane. Momentele de cotitură la această etapă țin de adoptarea Legii asistenței sociale (2003) și inițierea pregătirii asistenților sociali prin învățământul universitar (1998).

Pentru a avea o viziune mai clară despre evoluția asistenței sociale în Moldova, vom face 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 sociale în perioadele evidențiate.

În secolul al XIX-lea asistența socială se dezvoltă în Basarabia (alipită la Rusia în 1812), precum și în ținuturile din partea stângă a Nistrului (alipite la Rusia în 1791), sub influența Guvernului Țarist. Îngrijindu-se de consolidarea prestigiului său în Balcani, Guvernul Țarist menționa în instrucțiunile adresate în 1812 guvernatorului Basarabiei Scarlat Sturza că este necesar să se atragă „atenția popoarelor vecine asupra bunăstării popoarelor din Basarabia”¹. Un eveniment important în contextul celor expuse îl constituie înființarea în 1813 a Eparhiei Chișinăului în frunte cu *Gavriil Bănulescu-Bodoni* (arhiepiscop al Basarabiei), care a contribuit în măsură semnificativă la deschiderea școlilor, orfelinatelor și spitalelor.

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

¹ A se vedea: *Istoria învățământului și a gândirii pedagogice în Moldova*. –Chișinău, 1991, p.159.

cardiace să îngrijească pacienții atât pe timp de pace, cât și pe timp de război. Cu o asemenea propunere Organizația Militarilor Răniți și Bolnavi s-a adresat Ministerului de Interne, care a analizat-o în detalii și a pus-o în discuție, prin „îrcularul” 13863, în adunările de zemstvă din Soroca și Bender. Drept urmare, în orașul Chișinău a fost înființată organizația bisericească „Maria Magdalena”, militarii urmând să fie îngrijiți de către femeile bolnave de inimă. Pe vreme de pace aceste femei aveau grijă de spitalele militare și cele civile, dar mergeau și la case particulare, unde erau chemate pentru menaj. Pe timp de război ele erau la dispoziția organizației respective. Mai târziu, asemenea organizație a fost instituită și în orașele Bender și Soroca.

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 Casa de copii a fost din nou completată cu 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 lingerie și îmbrăcăminte în atelierelor 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 urmau să plece din orfelinat și, neavând o careva meserie, erau nevoiți să se angajeze ca 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 mai multe dezbateri, ca acești copii să poată învăța de „felșeri” la o vârstă mai timpurie. Toate aceste activități aveau ca scop pregătirea copiilor pentru integrarea în societate.

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 pe lângă spital au funcționat, cu unele întreruperi, 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 al 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 a acestor persoane în câmpul muncii.

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.

Date importante cu privire la organizarea ajutorului persoanelor în dificultate se conțin într-un raport cu privire la activitățile Comitetului Romanov desfășurate pe teritoriul Basarabiei, din care aflăm că soarta amară a copiilor rămași orfani l-a făcut pe episcopul Chișinăului, preasfințitul 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 în acest 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 plecase în Georgia, 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; personalul era alcătuit din 5 profesoare, 55 „surori obștești”, o măicuță și un duhovnic. De obicei, casele de copii sunt comparate cu o cazarmă. Orfelinatul din Basarabia făcea însă excepție, reprezentând mai mult o familie decât o instituție rezidențială. 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 adăposti până la 120 de copii.

Comitetul Romanov a acordat, de asemenea, ajutor județului Bender prin:

- 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.

Un rol deosebit în desfășurarea activităților de caritate l-a avut mișcarea feministă din Basarabia. Astfel, pentru timpurile de foamete femeile au organizat o societate de ajutorare, numită „Spicul de Secară”. În anul 1877, pe timpul războiului balcanic, femeile basarabene au fondat un Comitet al Crucii Roșii. Momentul culminant l-a constituit activitatea acestui Comitet desfășurată în perioada Primului război mondial, când multe femei nobile din Basarabia (Sofia și Smaranda Krupenski, Tatiana Gore, Olga Bezviconnaia, Elena Butmi de Katman, Alexandra Pavlenco și altele) au acceptat să lucreze ca surori de caritate pe front sau în spatele lui, ajutând nu numai răniții, dar și pe cei de pe front cu mărfuri produse în atelierele lor.

Pentru ajutorarea celor mai vulnerabile categorii de persoane (copii, bătrâni) au fost deschise mai multe aziluri, precum Azilul comunal de fete, deschis de Clara Lihtanski, care a funcționat până în anii '40 ai secolului XX. Pavel Crușevan a organizat Societatea de binefacere „Bessarabeș” și un azil de fete dotat cu brutărie și mai multe ateliere. Ioan Covalgi (1867-1929), fost ofițer de husari, a fondat Azilul pentru femeile în etate etc.¹

În aprilie 1921 pe teritoriul Basarabiei, care se afla în componența României, 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

¹ A se vedea: *Femei din Moldova*. –Chișinău, 2000, p.8.

obligativitatea asistenței comunitare și a instituțiilor de asistență de a lichida aceste fenomene sociale nefaste. În articolul 7 se stipulează 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).

Această lege de combatere a vagabondajului și cerșetoriei prevede implicarea nemijlocită a asistenței sociale. Astfel, 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 ținuti 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, ale cărei prevederi 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, pe lângă Camera de Muncă a fost organizat 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 Nr.2. În același an, în 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 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.

În 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 600 000 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 același an 1940 a fost instituit Comitetul Norodnic al Asistenței Sociale al RSSM, care și-a încetat însă activitatea în 1946.

În 1942, în timpul războiului, activitățile de asistență socială s-au 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 170 000 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, preconizându-se sporirea efectivului până la 60 de persoane, conform capacității clădirii. Au luat ființă primele ateliere menite să pregătească practic și să „înarmeze” 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;

- *sprrijinul 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 Comitetul Norodnic al Asistenței Sociale al RSSM a fost reorganizat în Ministerul Asistenței Sociale al RSSM (Министерство Социального Обеспечения), 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 invalizilor în câmpul muncii;
- 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 ale 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. Din anul 2005 Ministerul Muncii și Protecției Sociale a fost unit cu Ministerul Sănătății, noua instituție primind denumirea de Ministerul Sănătății și Protecției Sociale. Peste un an (în 2006) acest minister se divizează în Ministerul Sănătății și Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului.

Analizând sistemul de protecție socială până la declararea independenței Republicii Moldova, putem spune că regimul socialist a încercat să dezvolte o politică orientată în mod accentuat spre familie și copil. În speranța edificării noii societăți purtătoare a valorilor comuniste, a fost făcută o investiție masivă de resurse menite să amelioreze condițiile de viață ale copilului. Astfel, într-o perioadă istorică relativ scurtă s-a cristalizat un sistem de protecție socială a copilului și a familiei, în special prin subvenționarea bunurilor pentru familiile numeroase, distribuirea cu prioritate a locuințelor, oferirea unui set de servicii universale gratuite: învățământ, ocrotirea sănătății, organizarea timpului liber etc., care avea drept scop sporirea natalității. În aceste condiții, actele normative în domeniu puneau accentul în special pe compensații, indemnizații și alte înlesniri, dar nu pe servicii sociale de prevenire a situațiilor de risc.

Tendința de egalizare a veniturilor familiilor și de menținere a acestora la niveluri scăzute crea o dependență totală a familiei de subvențiile de stat, conducea la creșterea numărului de copii în

famiiliile și așa numeroase, la sporirea numărului de nașteri nedorite. Această politică a favorizat instituționalizarea copiilor, minimalizarea rolului comunităților și autorităților locale în sprijinirea copiilor și familiilor aflate în situații de risc, eschivarea unor categorii de părinți de la grijile de întreținere și educare a copiilor.

Asistența socială după 1990

Pentru a caracteriza sistemul de asistență socială din Republica Moldova după declararea independenței, ne vom referi la câteva domenii prioritare ce țin de această problemă, precum sunt:

- cadrul legislativ;
- cadrul instituțional;
- sistemul serviciilor de asistență socială;
- formarea resurselor umane.

Cât privește ***dezvoltarea cadrului legislativ***, menționăm că s-au realizat mai mulți pași importanți în vederea îmbunătățirii sistemului de protecție socială. În contextul celor expuse evidențiem mai întâi *Constituția Republicii Moldova – Legea Supremă a Societății și Statului nostru* (adoptată de către Parlamentul Republicii Moldova la 29.07.1994), prin care sunt consfințite: dreptul la asistență și protecție socială, dreptul la un nivel de trai decent (art.47); dreptul familiei la ocrotire din partea societății și a statului (art.48); dreptul la protecție socială a copiilor orfani (art.49); dreptul la ajutor și ocrotire specială a mamei, copiilor și tinerilor (art.50); dreptul persoanelor handicapate la protecție specială (art.51), precum și alte drepturi social-economice, în conformitate cu Carta ONU și tratatele internaționale la care Republica Moldova este parte.

Prin ratificarea Convenției ONU cu privire la Drepturile Copilului, intrată în vigoare în 1993, Republica Moldova și-a asumat obligativitatea să asigure copiilor sprijinul și îngrijirea necesare pentru supraviețuirea și dezvoltarea lor, să ia toate măsurile legislative, administrative și de alt gen care sunt necesare pentru realizarea practică a drepturilor copiilor.

În scopul respectării angajamentelor internaționale și a prevederilor constituționale în domeniu, Parlamentul Republicii Moldova a adoptat la 15.12.1994 „*Legea privind drepturile copilului*”, care reglementează actualul cadru juridic cu privire la protecția copilului, stabilește statutul legal al copilului ca subiect independent, prevede asigurarea sănătății fizice și spirituale a acestuia, formarea conștiinței lui civice în baza valorilor naționale și general-umane, acordarea unei atenții deosebite protecției sociale a copiilor lipsiți temporar sau permanent de anturajul familial sau care se află în alte condiții nefavorabile sau extreme. Această lege nu a fost însă susținută de un program viabil de acțiuni în favoarea copilului, astfel încât prevederile sale au rămas în mare măsură declarative.

În cadrul actelor legislative de importanță majoră pentru protecția familiei și copilului se înscrie Codul familiei, nr.1316 – XIV din 26.10.2000.

Pe parcursul ultimilor 17 ani au fost adoptate un șir de legi (organice și ordinare), strategii, programe, orientate spre stabilirea structurii sistemului național de protecție socială, precum și a mijloacelor de ocrotire și protecție. Printre acestea vom numi:

- *Strategia de reformă a sistemului de asistență socială* (aprobată prin Legea nr.456-XIV din 28.05.99), prin care s-au pus bazele reformei sistemului de asistență socială, o componentă importantă a acesteia fiind asistența socială a familiei și copilului;

- *Legea privind sistemul public de asigurări sociale*, nr.489-XIV din 08.07.1999, prin care sunt stabilite principiile organizării și funcționării sistemului public de asigurări sociale, persoanele asigurate obligatoriu, declarația privind evidența nominală a asiguraților și declarația de asigurare, asigurarea socială în bază de contract individual, prestațiile de asigurări sociale;

- *Legea privind alocațiile sociale de stat pentru unele categorii de cetățeni*, nr.499-XIV din 17.07.1999, care stabilește dreptul la alocații și beneficiarii alocațiilor, modalitatea de stabilire și plată, organele care efectuează stabilirea și plata alocațiilor, sursele pentru plata alocațiilor;

- *Legea cu privire la protecția socială specială a unor categorii de populație*, nr.933-XIV din 14.04.2000, care definește sprijinul financiar suplimentar acordat familiilor în situații extrem de dificile, inclusiv familiilor cu patru sau mai mulți copii și cu copii cu dizabilități până la 16 ani;

- *Strategia Națională privind Protecția Copilului și Familiei*, aprobată prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.727 din 16 iunie 2003 în scopul creării unui sistem unic de protecție a copilului și familiei prin: modernizarea cadrului legal; consolidarea și dezvoltarea capacităților instituționale de a implementa modele de servicii comunitare pentru protecția copilului și familiei; crearea unui sistem național și local de modernizare și evaluare a situației copilului și familiei; dezvoltarea și consolidarea resurselor umane încadrate în serviciile de protecție a copilului și familiei; dezvoltarea mecanismelor financiare care să promoveze modele eficiente de servicii de protecție a copilului și familiei; dezvoltarea capacității familiei și comunității de a asigura asistența copiilor și de a preveni riscul instituționalizării.

Un pas esențial în dezvoltarea sistemului de protecție socială l-a constituit adoptarea *Legii asistenței sociale*, nr.547-XV din 25.12.2003, care stabilește: principiile și obiectivele asistenței sociale; dreptul la asistență socială; categoriile de beneficiari ai acesteia; prestațiile și serviciile de asistență socială; organizarea și funcționarea sistemului de asistență socială la nivel central, teritorial și local; cerințele față de personalul din sistemul de asistență socială (formarea, atestarea, obligațiile, evaluarea activității, responsabilitățile); modul și sursele de finanțare; gestionarea prestațiilor și serviciilor.

În vederea organizării executării legilor menționate, de către Guvernul Republicii Moldova au fost adoptate un șir de hotărâri, printre care pot fi menționate: *Cu privire la măsurile de protecție socială a invalizilor*, nr.558 din 26.08.1992; *Cu privire la protecția copiilor și familiilor socialmente vulnerabile*, nr.198 din 16.04.1993; *Cu privire la protecția socială a familiilor cu mulți copii*, nr.118 din 22.03.1994; *Cu privire la măsurile suplimentare de protecție socială a păturilor puțin asigurate*, nr.152 din 03.03.1995; *Cu privire la unele măsuri suplimentare de protecție socială a persoanelor de vârstă înaintată*, nr.449 din 09.07.1998; *Despre aprobarea Planului de acțiuni pentru anul 2003 și, respectiv, 2004 privind protecția socială a absolvenților școlilor-internat, a copiilor orfani, copiilor rămași fără îngrijire părintească și a celor aflați sub tutelă*, nr.358 din 26.03.2003 și nr.314 din 29.03.2004 etc.

O importanță semnificativă pentru dezvoltarea sistemului de protecție socială o are *Strategia de Creștere Economică și Reducere a Sărăciei* (SCERS, 2004-2006), aprobată prin Legea nr.398-XV din 02.12.2004. SCERS stabilește principalele măsuri de eficientizare a sistemului de asistență socială, în special prin trecerea de la acordarea prestațiilor sociale în baza principiului

categorial la direcționarea acestora către cei mai săraci, către grupurile sociale în situații de risc, adică în baza testării mijloacelor, condițiilor de trai. Focalizată pe asemenea principii, asistența socială va contribui mai reușit, desigur alături de multe alte activități întreprinse de Guvern, la diminuarea inechității sociale și la crearea bunăstării colective.

O atenție deosebită este acordată reformei și dezvoltării sistemului național de protecție socială a populației, ajustării legislației, normelor și standardelor Republicii Moldova în domeniul dat la cele ale Uniunii Europene în *Planul de Acțiuni UE – Moldova* (PAUEM), semnat la 22.02.2005. Acest document politic stabilește obiectivele strategice ale cooperării dintre Moldova și UE, prevede *implementarea unor acțiuni majore în vederea reducerii sărăciei, în special prin perfecționarea eficienței sistemului de asistență socială* (ob.17). Conform obiectivelor PAUEM, s-au întreprins mai multe acțiuni de perfectare a cadrului legislativ, precum:

- au fost aprobate „*Concepția privind eficientizarea sistemului de asistență socială*” și „*Planul de Acțiuni pentru eficientizarea modului de acordare a compensațiilor nominative*” (prin Hotărârea Guvernului nr.1117 din 27.10.2005), care promovează ideea reorientării, în acordarea asistenței sociale, de la principiul categorial spre cel al testării mijloacelor, direcționării prestațiilor sociale către cele mai vulnerabile pături ale societății;

- a fost adoptată *Legea privind modificarea Legii asistenței sociale nr.547-XV* din 25.12.2003, care a oferit autorităților administrației publice locale dreptul de a opera schimbări în structura și statele de personal ale primăriilor satelor (comunelor), orașelor (municipiilor), completându-le cu unitatea de asistent social etc.

Un șir de modificări și completări ale legislației în domeniul protecției sociale s-au efectuat potrivit obiectivelor PAUEM, prin care se prevede: reorientarea cheltuielilor publice în vederea reducerii substanțiale a sărăciei în rândurile copiilor și majorării ratei de școlarizare primară (ob.18); consolidarea dialogului și a cooperării în sectorul social; asigurarea unei armonizări a standardelor și a practicilor în domeniul social și al politicii de ocupare a forței de muncă din țară cu standardele și practicile UE (ob.23); asigurarea tratamentului egal (ob.8). PAUEM a fost urmat de adoptarea, la 09.02.2006, a *Legii cu privire la asigurarea egalității de șanse între femei și bărbați*, prin acestea fiind interzisă discriminarea după criteriul de sex și garantată asigurarea egalității de șanse în domeniul public, social-economic, la educație și sănătate etc.

Din perspectiva dezvoltării cadrului juridic al asistenței sociale și racordării legislației naționale la cea internațională, sunt importante:

- *Legea cu privire la prevenirea și eradicarea fenomenului violenței în familie*, nr.45-XVI din 01.03.2004;
- *Legea cu privire la mediere*, nr.143-XVI din 14.06.2007;
- *Legea cu privire la probațiune*, nr.6-XVI din 14.02.2008;
- *Legea privind modificarea și completarea Codului familiei*, nr.120-XVI din 29.05.2008.

În scopul prevenirii, suprimării și pedepsirii traficului de persoane, în special de femei și copii, la 20.10.2005 a fost adoptată *Legea privind prevenirea și combaterea traficului de ființe umane*, iar la 30.03.2006 – *Legea privind ratificarea Convenției Consiliului Europei privind lupta împotriva traficului de ființe umane*.

De importanță deosebită pentru protecția copilului este *Strategia Națională privind Reforma Sistemului de Îngrijire Rezidențială*, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.784 din 09.07.2007. Strategia prevede schimbarea paradigmei învechite de instituționalizare a copiilor aflată în contradicție cu spiritul asistenței sociale contemporane, crearea serviciilor noi de protecție și îngrijire a copilului, asigurarea dreptului copilului de a crește în mediul familial.

O altă paradigmă depășită de timp este schimbată de *Legea cu privire la ajutorul social*, nr.133-XVI din 13.06.2008. Această lege prevede că oferirea ajutorului social se va realiza nu în baza principiului apartenenței la o anumită categorie, ci în baza celui al evaluării veniturilor familiei, adică în baza testării mijloacelor de trai, ceea ce va corespunde scopului general al asistenței sociale și va avea drept impact acordarea prestațiilor sociale celor mai nevoiașe pături ale populației. Întreaga activitate de evaluare și stabilire a beneficiarilor va reveni, desigur, asistenților sociali.

O strategie importantă, care vine să alinieze Republica Moldova la cele mai importante documente internaționale cu privire la persoanele cu dizabilități (Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități semnată de Republica Moldova în 2007) este *Strategia privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova* (aflată în stare de proiect). Strategia dată va schimba radical filosofia protecției sociale a persoanelor cu dizabilități, prin înlocuirea vechii abordări medicale și compensatorii printr-o abordare bazată pe incluziunea în comunitate și familie a persoanelor cu dizabilități.

Asistența socială a devenit un obiectiv prioritar și mult mai extins în cadrul *Strategiei naționale de dezvoltare pentru anii 2008-2011*, care include o serie de activități orientate spre

dezvoltarea rețelei de servicii sociale, dezvoltarea asistenței sociale profesionale, reformarea sistemului rezidențial de îngrijire, reformarea sistemului de protecție socială a persoanelor cu dizabilități etc.

Cele menționate demonstrează că eforturile depuse în vederea ajustării legislației în domeniul protecției sociale la standardele UE au fost insistente, iar demararea reformelor sociale respective conform cadrului legislativ adoptat au cunoscut un dinamism pozitiv. Cu toate acestea, diferențierea social-economică esențială, creșterea segmentului de populație, ale cărei venituri nu acoperă minimul de existență, sporirea continuă a exodului forței de muncă tinere și calificate, deteriorarea valorilor familiale, când tot mai mulți copii rămân fără îngrijire părintească, fiind expuși diferitelor riscuri sociale (alcoolism, droguri, trafic de persoane etc.), permit să concluzionăm că eficiența măsurilor întreprinse este redusă. Or, acțiunile preconizate în domeniul protecției sociale poartă un caracter ambiguu, problemele ce trebuie rezolvate rămânând prea multe la număr. Sistemul de protecție socială a populației e relativ la început de cale, iar cadrul legislativ și normativ în domeniu este dispersat, ceea ce impune necesitatea unificării tuturor documentelor în domeniu într-un pachet legislativ privind protecția socială, elaborării unui mecanism eficient de implementare a cadrului normativ-legislativ existent.

Referindu-ne la *cadrul instituțional*, menționăm că asistența socială, protecția socială au devenit responsabilitatea unui minister specializat, de profil – Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului (MPSFC), primind această denumire în 2006, care a inițiat diverse activități de consolidare a asistenței sociale. Organizarea și coordonarea actualului sistem de asistență socială sunt reglementate de *Legea asistenței sociale* (25.12.2003)

și funcționează la nivel central, teritorial și local în conformitate cu caracteristicile socioadministrative ale Republicii Moldova.

La nivel central / național sistemul asistenței sociale include ministere, direcții din cadrul ministerelor sau alte structuri guvernamentale. Cel mai important minister, din perspectiva asistenței sociale, este Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului, care reprezintă organismul guvernamental direct responsabil de coordonarea activității de acordare a asistenței sociale și evaluarea funcționării sistemului național de asistență socială. Astfel, printre atribuțiile principale ale MPSFC se numără:

- elaborarea politicii de asistență socială și a strategiei naționale de dezvoltare a acesteia;
- elaborarea proiectelor de acte normative, norme metodologice și reglementări cu privire la eficientizarea funcționării sistemului de asistență socială;
- stabilirea standardelor de calitate pentru serviciile sociale în colaborare cu specialiștii din domeniu;
- elaborarea metodologiei de acreditare și evaluare a instituțiilor de asistență socială publice, private, precum și a organizațiilor neguvernamentale care activează în domeniu; organizarea procesului de acreditare și de evaluare a acestora în conformitate cu legislația în vigoare;
- dezvoltarea relațiilor de colaborare cu instituții și organizații internaționale.

În cadrul Ministerului Protecției Sociale, Familiei și Copilului funcționează mai multe direcții (Direcția asistență socială, Direcția politici de asigurări sociale, Direcția protecție a familiei și copilului, Direcția oportunități egale și prevenirea

violentei, Secția adopției), a căror activitate ține de elaborarea și realizarea politicilor de protecție socială în domeniile respective.

Activitățile de asistență socială, într-o formă sau alta, sunt organizate la nivel central și de alte ministere, precum: Ministerul Sănătății, Ministerul Educației și Tineretului, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Justiției, de asemenea de Consiliul Național de Protecție a Drepturilor Copilului, alte structuri guvernamentale, ceea ce denotă într-o anumită măsură fragmentarea sistemului național de asistență socială.

La nivel teritorial politica de asistență socială este realizată de către Direcțiile municipale de asistență socială și Secțiile raionale de asistență socială și protecție a familiei, în comun cu autoritățile administrației publice locale și în colaborare cu reprezentanții societății civile.

Direcțiile municipale de asistență socială includ următoarele domenii prioritare de acțiune:

- coordonarea și evaluarea activității direcțiilor de sector de asistență socială și protecție a familiei;
- asigurarea acordării de servicii sociale în funcție de specificul local;
- crearea sistemului informațional în domeniul asistenței sociale la nivel de municipiu;
- generalizarea și sistematizarea informației privind asistența socială și analizarea eficienței acesteia la nivel de municipiu;
- informarea populației municipiului despre situația în domeniul asistenței sociale, despre modul de acordare a prestațiilor și a serviciilor sociale etc.

Organizarea și coordonarea activităților de asistență socială în municipiul Chișinău este efectuată de către două direcții:

Direcția Generală de Asistență Socială și Direcția Municipală pentru Protecția Drepturilor Copiilor (DMPDC). Direcția Generală de Asistență Socială coordonează activitățile privind acordarea asistenței sociale persoanelor în vârstă și cu dizabilități, păturilor socialmente vulnerabile, având în subordine direcțiile de asistență socială din cele cinci sectoare ale municipiului Chișinău (Botanica, Buiucani, Centru, Ciocana, Râșcani).

Direcția Municipală pentru Protecția Drepturilor Copiilor organizează activitățile de acordare a asistenței sociale copiilor aflați în dificultate și dirijează cu Direcțiile pentru drepturile copilului din cele cinci sectoare ale municipiului Chișinău (Botanica, Buiucani, Centru, Ciocana, Râșcani). Un merit deosebit al DMPDC constă în faptul că prin intermediul acestei direcții pentru prima dată în municipiu și în Republica Moldova au fost înființate servicii sociale de alternativă, au fost deschise un șir de Centre comunitare specializate pentru copii și tineret, Centre de plasament temporar, Centre de zi pentru copii cu nevoi speciale etc.

Secțiile raionale de asistență socială și protecție a familiei au următoarele atribuții principale:

- relevă problemele sociale locale, organizează și acordă asistență socială în funcție de solicitările locale;
- elaborează, în comun cu autoritățile administrației publice locale și cu antrenarea reprezentanților societății civile, programe locale de dezvoltare a asistenței sociale și exercită controlul asupra realizării acestora;
- evaluează situația persoanei sau familiei ce solicită asistență socială prin întocmirea anchetei sociale și propune căi de soluționare a problemelor sociale;

- creează sistemul informațional în domeniul asistenței sociale la nivel de raion;
- generalizează și sistematizează informația privind asistența socială și analizează eficiența acesteia la nivel de raion;
- informează populația raionului despre situația în domeniul asistenței sociale, despre modul de acordare a prestațiilor și a serviciilor sociale;
- colaborează cu unitățile de asistență socială din raza teritorială în care activează, supraveghează activitatea acestora și înaintează primarilor propuneri în vederea optimizării acesteia.

La nivel local asistența socială este organizată de către autoritățile administrației publice locale (consiliile locale, primării) care analizează problemele sociale, adoptă și dezvoltă, în baza rezultatelor obținute, strategii locale de sprijin a persoanelor și familiilor defavorizate, aprobă programe de asistență socială și exercită controlul asupra realizării acestora, asigură resursele umane, materiale și financiare necesare pentru soluționarea problemelor sociale stringente. În conformitate cu Legea asistenței sociale (2003) și Hotărârea Guvernului nr.24 din 10.01.2007, în cadrul primăriilor a fost instituită unitatea de asistent social. Misiunea asistentului social la acest nivel este de a identifica persoanele în dificultate, de a evalua situația acestora și de a contribui la soluționarea problemelor solicitanților de asistență, de a direcționa cazurile dificile spre serviciile specializate. Către finele anului 2008 în primării erau angajați circa 900 asistenți sociali, majoritatea din ei neavând, însă, studii în domeniu.

Asistența socială, ca parte componentă a sistemului de protecție socială, reprezintă un mod operativ de punere în aplicare a programelor de sprijin prin multiple și diverse servicii sociale, destinate celor aflați în dificultate.

Serviciile de asistență socială ocupă un loc aparte în cadrul sistemului de protecție socială, constituind o ultimă „plasă” de prindere a persoanelor dezavantajate social, un ultim „paravan” în calea marginalizării și excluderii sociale¹. Serviciile de asistență socială sunt o parte componentă a serviciilor sociale, cele din urmă fiind divizate în servicii de asistență socială și servicii de îngrijire social-medicală.

Serviciile de asistență socială pot fi servicii de asistență socială cu un caracter primar – general și servicii de asistență socială specializate. *Serviciile cu caracter primar* au drept scop prevenirea sau limitarea unor situații de dificultate sau vulnerabilitate care pot aduce la marginalizarea sau excluderea socială. *Serviciile de asistență socială specializate* se adresează unor nevoi speciale, având ca scop refacerea și dezvoltarea capacităților individuale necesare pentru a depăși situațiile de dificultate. Serviciile de asistență socială specializate sunt servicii profesionalizate și pot fi efectuate de persoane cu calificare în domeniu. Ele se realizează prin metode și tehnici specifice de diagnoză a nevoii de asistență și de intervenție socială (consiliere, terapie individuală, familială, de grup etc.). O abordare sistemică a asistenței sociale presupune îmbinarea celor două forme de servicii de asistență socială. Printre serviciile de asistență socială relativ mai dezvoltate din Republica Moldova sunt cele adresate protecției familiei și copilului, persoanelor cu dizabilități persoanelor în vârstă, persoanelor sărace. Desigur, aceste servicii, precum și întregul sistem de asistență socială din țara noastră, se află încă la început de cale, ele înregistrând multiple imperfecțiuni și fiind practic inexistente pentru multe categorii de beneficiari, în special din zonele rurale.

Rămâne a fi în continuare impunător numărul copiilor din instituțiile rezidențiale. Astfel, conform *Notei informative a*

¹ A se vedea: Buzducea D. *Aspecte contemporane în asistența socială*, p.60.

Ministerului Educației și Tineretului din 13.09.2008, în Republica Moldova erau 58 de instituții rezidențiale, în care se aflau peste 11 mii copii. Un șir de dificultăți în ceea ce privește abordarea integră / holistică a protecției copilului, distribuirea rațională a resurselor sunt generate de divizarea / subordonarea acestor instituții la diferite ministere, între care nu există o colaborare eficientă: Ministerul Educației și Tineretului (54 instituții); Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului (2 instituții); Ministerul Sănătății (2 instituții). Cel mai dureros este, însă, faptul că circa 80% din copiii plasați în instituțiile rezidențiale au familii biologice sau lărgite. Doar 20% din acești copii sunt orfani.

O imagine mai clară despre tipurile de servicii sociale dezvoltate în Republica Moldova poate fi desprinsă din *Figura 2.1*.

Comunitățile, societatea civilă, autoritățile locale, sectorul neguvernamental, susținute de diverse organizații internaționale, au reușit să dezvolte un șir de servicii de alternativă, în special pentru copiii aflați în dificultate: Centre de plasament temporar; Centre de zi; Centre de reabilitare; Centre mixte; Case de copii de tip familie etc. Din această perspectivă se cere a fi menționată experiența UNICEF, FISM, Every Child, Salvați Copiii, „Amici dei Bambini”, „Pro.Do.Cs”, a Centrului Național de Prevenire a Abuzului față de Copii, a Centrului de zi „Speranța” din municipiul Chișinău etc. Actualul sistem de asistență socială din Republica Moldova rămâne a fi însă fragmentat, accentul punându-se pe o serie de beneficii financiare pentru familiile cu mulți copii și pentru cei săraci și foarte slab pe un sistem de servicii publice de asistență socială. O mare parte din serviciile de asistență socială, inițiate de organizațiile neguvernamentale, nu sunt dezvoltate de sectorul public. Sunt foarte puține la număr serviciile de asistență socială în comunitate. Aceste servicii

lipsească totalmente în școli și spitale. Prezența lor este minimă în maternități, penitenciare și în alte instituții.

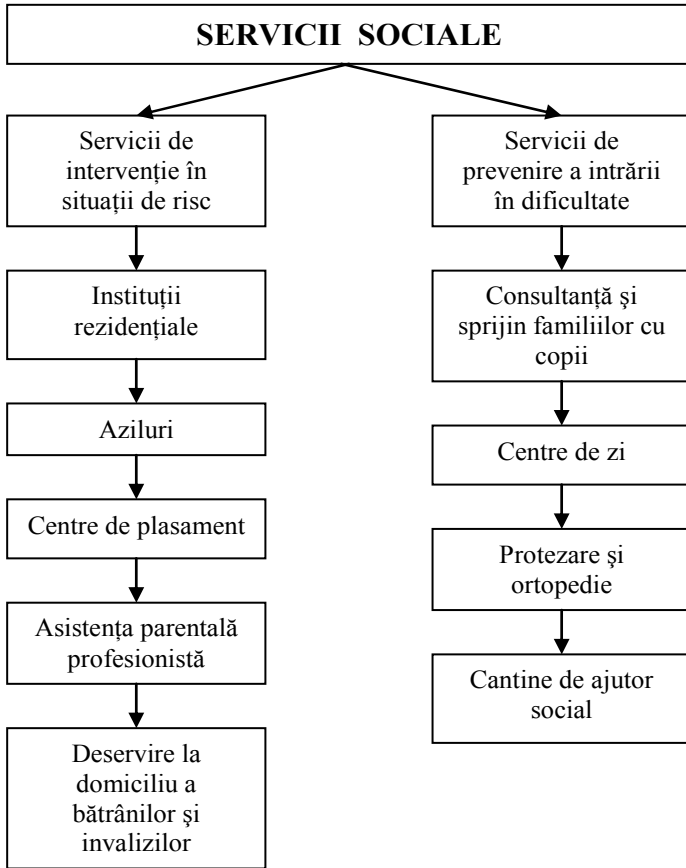


Fig. 2.1. Tipurile de servicii sociale dezvoltate în Republica Moldova

Problemele specifice actualei perioade de dezvoltare a societății moldovenești impun necesitatea unei creșteri semnificative a următoarelor genuri de servicii sociale:

- servicii de protecție a copilului abandonat la naștere sau de pe urma plecării părinților la munci în străinătate;
- servicii de consiliere familială;
- servicii de consiliere și educație sexuală în școli;
- servicii pentru persoanele consumatoare de droguri;
- servicii pentru persoanele infectate HIV/SIDA;
- servicii pentru integrarea socială a delincvenților;
- servicii pentru victimele traficului de ființe umane;
- servicii de sprijin pentru șomeri;
- servicii de îngrijire la domiciliu pentru toate categoriile de persoane vulnerabile;
- servicii pentru victimele infracțiunilor;
- servicii pentru inserția bolnavilor cronic;
- servicii pentru persoanele vârstnice.

De rând cu serviciile sociale evidențiate, o altă componentă importantă a sistemului de protecție socială din Republica Moldova o constituie prestațiile sociale. **Prestațiile sociale** reprezintă transferuri financiare care pot fi acordate pe o perioadă determinată și includ: *indemnizații, alocații sociale, ajutoare sociale, compensații nominative*. Gama alocațiilor și indemnizațiilor este diversă și se extinde în prezent asupra unui segment de populație impunător – de circa 1,3 milioane persoane. Multe din aceste prestații sunt distribuite fără a se ține cont de nivelul de trai și necesitățile individuale. În calitate de exemplu vom aduce tipurile de indemnizații sociale de care beneficiază familia și copilul. Astfel, în cadrul acestora se înscriu:

- indemnizațiile de maternitate;
- indemnizația unică la nașterea copilului;
- indemnizațiile pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 3 ani;
- indemnizația lunară pentru creșterea copilului cu vârsta între 3-16 ani;
- indemnizațiile pentru îngrijirea copilului bolnav cu vârsta de până la 7 ani, iar în cazul copilului cu handicap – până la împlinirea vârstei de 16 ani;
- indemnizația lunară pentru copiii de la 1,5 la 18 ani aflați sub tutelă;
- indemnizația lunară pentru mamele solitare.

Indemnizațiile unice la nașterea copilului și cele pentru îngrijirea acestora până la vârsta de 1,5 ani se acordă indiferent de nivelul de bunăstare al familiei și, în special, al veniturilor, pe când indemnizațiile pentru îngrijirea copiilor cu vârsta între 1,5-16 ani presupun testarea veniturilor și au drept scop susținerea celor mai nevoiași.

Un alt tip de prestații sociale sunt *alocațiile sociale*, acordate de către stat persoanelor cu dizabilități, copiilor sub 18 ani în caz de pierdere a întreținătorului, familiilor care au la întreținere copii cu dizabilități cu severitatea I, persoanelor vârstnice, de asemenea, persoanelor decorate cu distincții de stat.

Ajutoarele sociale sunt prestații în bani și/sau ajutoare materiale acordate persoanelor sau familiilor ale căror venituri sunt insuficiente pentru acoperirea nevoilor minime și se materializează în: ajutorul pentru încălzirea locuinței, precum și a unor facilități populației pentru plata energiei termice.

Ajutorul material se acordă persoanelor aflate în stare de sărăcie extremă și lipsite de surse de existență, pensionarilor

(prioritar persoanelor cu dizabilități și persoanelor vârstnice solitare), persoanelor neîncadrate în câmpul muncii din motiv de boală îndelungată până la survenirea invalidității, persoanelor neîncadrate în câmpul muncii din motiv de necesitate de a îngriji copii minori sub 3 ani sau copii cu dizabilități până la 16 ani, în special familiilor cu un singur părinte, copiilor orfani neinstituționalizați până la 18 ani și familiilor cu mulți copii.

Compensațiile nominative reprezintă plăți bănești pentru susținerea populației cu venituri mici, familiilor cu 4 și mai mulți copii la achitarea serviciilor comunale (energie electrică, gaz, cărbuni și lemne de foc etc.) ca urmare a majorării tarifelor pentru aceste servicii.

După cum s-a menționat deja, conform *Concepției eficientizării sistemului de asistență socială și Planului de acțiuni pentru eficientizarea modului de acordare a compensațiilor nominative*, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr.1117 la 27 octombrie 2005, prestațiile sociale sunt direcționate către cele mai vulnerabile pături ale societății, trecându-se, în felul acesta, de la principiul categorial de acordare a prestațiilor la principiul bazat pe testarea veniturilor solicitanților de prestații sociale. Prestațiile în bani constituie o componentă principală a sistemului actual de protecție socială a populației, având drept scop eradicarea sărăciei și a marginalizării sociale. Valoarea acestor prestații este, însă, diminuată de inflație, egalându-se în prezent cu mijloacele necesare pentru 2-3 zile. În cele din urmă, menționăm că sistemul actual de servicii de asistență socială nu acoperă tot spectrul de probleme, iar aplicarea legislației de referință este adesea dificilă. De asemenea, divizarea confuză a responsabilităților între structurile și nivelurile autorităților administrației publice conduce la irosirea resurselor și a timpului în tentativa de stabilire a unor contacte interdepartamentale, de soluționare a

fiecărei probleme într-un alt departament și de delegare a responsabilităților către altă structură.

Un șir de dificultăți cu care se confruntă sistemul de servicii sociale ține de **resursele umane**, de lipsa asistenților sociali profesioniști. În marea lor parte posturile din sistemul instituțiilor și serviciilor actuale sunt ocupate de persoane care nu au o pregătire specială în cadrul învățământului universitar. Din această perspectivă situația este extrem de precară mai ales în zonele rurale. Această stare a lucrurilor poate fi explicată, desigur, printr-un șir de factori. În primul rând, ea ține însă de faptul că în Republica Moldova pregătirea specialiștilor în domeniul asistenței sociale are o istorie relativ scurtă. După cum s-a menționat, profesia de asistent social a fost introdusă în Nomenclatorul specialităților abia în 1998, primele grupe de studenți fiind înmatriculate în același an la Universitatea de Stat din Moldova (USM) și Universitatea de Stat „Alecu Russo” din Bălți. Actualmente, asistenții sociali sunt pregătiți, de asemenea, la Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” (Chișinău) și la Universitatea Liberă Internațională din Moldova. Începând cu anul 2001 pregătirea lucrătorilor sociali a fost inițiată și la nivel de colegii (Cahul, Orhei și Soroca).

Un suport semnificativ în pregătirea primului grup de profesori, care urmau să fie implicați în predarea cursurilor la noua specialitate, a fost oferit de către Reprezentanța UNICEF în Republica Moldova (în frunte cu rezidentul Ștefan Toma) prin organizarea și finanțarea școlilor de vară, seminarelor, conferințelor, stagiilor în țările cu experiență avansată în domeniul asistenței sociale (Marea Britanie, România, Suedia, Germania, Olanda etc.), procurarea literaturii de specialitate, deschiderea Centrelor de resurse în domeniul asistenței sociale etc. Menționăm, de asemenea, contribuția deosebită, în elaborarea

curiculei universitare, la specialitățile de asistență socială și sociologie, a profesorilor de la Universitățile din București, Cluj, Timișoara, Iași (E.Zamfir, C.Zamfir, R.Ghețau, I.Bădescu, M.Preda, L.Manea, I.Mărginean, V.Ghețau, S.Cace, M.Roth, L.Popescu, Șt.Buzărnescu, V.Miftode, Gh.Poede și mulți alții). În contextul celor expuse, merită a fi evidențiate și performanțele obținute de studenții specialităților de asistență socială și sociologie în cadrul practicii de specialitate, realizată mai mulți ani la rând în diverse centre din București și din Iași și ghidată de profesori cu o bogată experiență în domeniu.

Un rol important în coordonarea relațiilor cu instituțiile de învățământ din țară și din străinătate, în vederea pregătirii asistenților sociali, aparține *Centrului Republican de Resurse pentru Asistență Socială (CRRAS)*, fondat în 1998 pe lângă Facultatea de Sociologie și Asistență Socială din cadrul Universității de Stat din Moldova cu sprijinul Reprezentanței UNICEF în Republica Moldova. Prin funcțiile realizate, CRRAS este, de asemenea, un Centru de coordonare a relațiilor cu organele administrației publice locale și cu ONG-urile implicate în activitățile de pregătire a asistenților sociali și de oferire a serviciilor sociale; de informare și consultanță în cele mai diverse probleme a persoanelor aflate în dificultate; de cercetare a problemelor privind familia și copiii, adolescenții și tinerii; de organizare a practicii studenților; un Centru metodico-didactic, de elaborare a programelor analitice, manualelor, materialelor necesare pentru instruirea asistenților sociali etc.

Prin CRRAS, activitățile catedrelor ce pregătesc asistenți sociali au fost orientate spre câteva direcții principale:

- comunicarea permanentă cu organele de stat abilitate cu funcțiile de promovare și dezvoltare a asistenței sociale

(Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului, Consiliul Național pentru Protecția Drepturilor Copilului etc.);

- participarea la procesele de elaborare a legislației specifice domeniului (Strategia cu privire la protecția familiei și copilului, Legea privind asistența socială etc.);

- participarea la elaborarea standardelor serviciilor de asistență socială.

La etapa actuală există deja un număr semnificativ de tineri specialiști cu studii superioare în domeniul asistenței sociale, o parte dintre care sunt încadrați în rețeaua de asistență socială: Ministerul Protecției Sociale a Familiei și Copilului (Direcțiile Asistență Socială, Protecție a Familiei și Copilului; Instituții rezidențiale); Ministerul Educației și Tineretului (Instituții rezidențiale, Centre comunitare pentru copii și tineri etc.); Ministerul Justiției (Departamente de Executare a Sentințelor Judiciare, Instituții penitenciare, Centre de justiție comunitară, Centre de reeducare pentru minori etc.); Ministerul Afacerilor Interne (Centrul Temporar de Plasament pentru Minori, Secțiile de minori și moravuri etc.); Casa Națională de Asigurări Sociale (casele teritoriale de asigurări sociale); Direcția Generală de asistență socială a mun. Chișinău; Direcția pentru Protecția Drepturilor Copilului din mun. Chișinău, Consiliile locale de protecție a drepturilor copiilor; primării; organizații neguvernamentale internaționale și naționale (Asociația pentru Promovarea Asistenței Sociale, „Salvați Copiii”, „Amici dei Bambini”, „La Strada”, Centrul național de prevenire a abuzului față de copii, Asociațiile „Agape”, „Acasă” și altele).

Remarcăm însă faptul că absorbția specialiștilor asistenți sociali în sistemul public, la toate nivelurile sale, este încă extrem de modestă. Se întâmplă un lucru bizar: pe de o parte, nevoia de asistenți sociali în Republica Moldova este departe de a fi

acoperită, iar pe de alta – chiar și micul număr de asistenți sociali, pregătiți în învățământul universitar, nu este utilizat în măsură suficientă, fie din cauza că nu sunt instituite asemenea posturi, fie că funcția de asistent social este exercitată de alte persoane. Or, se cere un control riguros din partea Ministerelor Educației și Tineretului, Protecției sociale, Familiei și Copilului asupra formării asistenților sociali, aceste activități fiind încredințate doar instituțiilor de învățământ acreditate. Actualmente se simte nevoia ca Ministerul Educației și Tineretului să elaboreze o strategie națională bine gândită cu privire la pregătirea angajaților din toate structurile sistemului de asistență socială, prin dezvoltarea diverselor forme de învățământ. În contextul celor expuse, este necesar să fie stabilită o continuitate între învățământul colegial (încă foarte firav) și cel universitar, să fie susținut învățământul cu frecvență redusă prin alocarea burselor bugetare și oferirea șanselor de înscriere la studii tuturor persoanelor motivate să lucreze în domeniul asistenței sociale. În favoarea formării unor specialiști de calitate vor fi, de asemenea, inițierea învățământului la distanță, organizarea modulelor intensive în cadrul universităților care dispun de catedre acreditate cu dreptul de pregătire a asistenților sociali. De asemenea, este nevoie de o susținere accentuată a dezvoltării profesiei de asistent social prin creșterea numărului de locuri bugetare la nivel universitar pentru învățământul cu frecvență la zi, prin instituirea posturilor de asistent social în toate instituțiile de învățământ, în spitale, maternități, în instituțiile penitenciare, instituțiile rezidențiale, prin dezvoltarea serviciilor sociale comunitare etc.

Vom încheia acest capitol cu evidențierea câtorva din cele mai importante aspecte ale sistemului de protecție socială din

Republica Moldova, care necesită a fi regândite pentru o funcționare eficientă în viitorul sistem social european¹. Astfel:

- Actualmente se simte tot mai mult nevoia de a stabili un echilibru între drepturile și responsabilitățile celor protejați. Accentul pus doar pe drepturi conduce la suprasolicitarea statului, la dezvoltarea dependenței sociale. Este nevoie, desigur, de investiții generoase în capitalul uman, de crearea șanselor egale, dar și de creșterea responsabilității personale, de mobilizarea cetățenilor și comunităților în ceea ce privește soluționarea problemelor sociale. Or, principiul solidarității, promovat de întregul sistem de protecție socială, inclusiv cel de asistență socială, înseamnă și o responsabilitate ridicată a persoanelor care beneficiază de aceste servicii.

- Restructurarea sistemului de protecție socială presupune, concomitent cu creșterea eficienței programelor de asistență socială, transferul accentului de pe combaterea sărăciei pe combaterea excluderii sociale, dezvoltarea unui nou sistem social, axat pe societatea incluzivă; orientarea nu spre multiplicarea „ajutoarelor sociale”, dar spre investiții substanțiale în cultură, educație ca modalitate sigură de prevenire a fenomenelor sociale negative.

- Reforma sistemului de protecție socială implică necesitatea acută de dezvoltare a serviciilor de asistență socială la nivelul satelor, mai ales, a serviciilor de consiliere familială, de ajutorare privind angajarea în câmpul muncii, de integrare comunitară, de reabilitare.

- Regândirea sistemului de protecție socială în țara noastră se referă și la universalitatea unor prestații sociale. După cum s-a menționat, o bună parte din alocațiile de stat pentru copii se

¹ A se vedea: Buzducea D. *Aspecte contemporane în asistența socială*, p.32-36.

acordă tuturor familiilor cu copii, indiferent de veniturile acestora, indiferent dacă familiile au nevoie sau nu de aceste prestații, mai ales dacă ținem cont de faptul că valoarea lor monetară este destul de mică. Probabil că ar fi mult mai corect ca aceste prestații să fie acordate în baza testării mijloacelor, adică familiilor cu venituri reduse, ceea ce ar permite să fie mărit cuantumul lor. Cel mai important pentru Republica Moldova este astăzi însă crearea unui climat economic favorabil încurajării investițiilor de capital, care să ofere locuri de muncă bine plătite pentru întreaga populație. Aceasta va conduce la reducerea esențială a numărului de persoane care apelează la prestațiile sociale.

- O componentă importantă a restructurării sistemului de protecție socială ține de sporirea atenției față de formarea resurselor umane. Oferirea serviciilor de asistență socială trebuie să devină apanajul specialiștilor calificați, formați în corespundere cu o concepție integră a curiculei universitare și care își vor reactualiza sistematic cunoștințele prin diferite forme de învățământ continuu. În scopul menținerii unui înalt nivel profesional, este nevoie ca personalul implicat în domeniul asistenței sociale să fie sistematic atestat de o Comisie Națională, formată din cadre didactice competente, care activează în instituții de învățământ superior acreditate, și din specialiști din cadrul Ministerului Protecției Sociale, Familiei și Copilului.

Întrebări de recapitulare

1. Numiți principalele forme de ajutorare a persoanelor în dificultate, practicate în decursul istoriei în diferite țări.
2. Care este rolul Bisericii în devenirea asistenței sociale?
3. Analizați noile realități de la începutul sec. al XX-lea din SUA și din Europa care au determinat dezvoltarea cercetărilor științifice în domeniul teoriei asistenței sociale, apariția asistenței sociale ca profesie.

4. Evidențiați ideile savanților și practicienilor, care au stat la baza teoriei asistenței sociale.
5. Determinați rolul și importanța activității desfășurate de M.Richmond în dezvoltarea teoriei asistenței sociale.
6. Analizați principalele direcții de dezvoltare a asistenței sociale în SUA și Europa.
7. Caracterizați principalele etape de dezvoltare a asistenței sociale în România.
8. Analizați sistemul de protecție socială de până la declararea independenței Republicii Moldova.
9. Ce schimbări esențiale s-au produs în sistemul de asistență socială din Republica Moldova după 1990?
10. Caracterizați cadrul legislativ și instituțional al actualului sistem de asistență socială din Republica Moldova.
11. Ce tipuri de servicii de asistență socială sunt dezvoltate în Republica Moldova și care este eficiența lor?
12. Care sunt dificultățile ce țin de formarea asistenților sociali în Republica Moldova?

Bibliografie selectivă

1. *Asistența socială în Marea Britanie și România.* –București, 2000.
2. Bulgaru M., Dilion M. *Concepte fundamentale ale asistenței sociale.* –Chișinău, 2000.
3. Bulgaru M., Cheianu D. *Dezvoltarea științei și învățământului sociologic în Moldova.* –Chișinău, 2005.
4. Buzducea D. *Aspecte contemporane în asistența socială.* –Iași: Polirom, 2005.
5. *Femei din Moldova.* –Chișinău, 2000.
6. *Istoria învățământului și a gândirii pedagogice în Moldova.* –Chișinău, 1991.
7. Mănoiu F., Epureanu V. *Asistența socială în România.* –București, 1996.
8. Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială.* –Iași: Polirom, 2003.
9. Pop L.M. (coord.). *Dicționar de politici sociale.* –București, 2002.

10. Preda M. *Politica socială românească între sărăcie și globalizare*. –Iași: Polirom, 2002.
11. *Revista de Asistență Socială*. –București, 2002, nr.1.
12. *Revista de Asistență Socială*. –București, 2003, nr.3-4.
13. *Sfântul Vasile cel Mare. Scrieri*. –București, 1989.
14. Târgovișteanu V. (episcopul). *Opera caritativă a Bisericii din primele veacuri creștine // Ortodoxia*, 1991, nr.2.
15. Zamfir C., Zamfir E. (coord.). *Politici sociale. România în context european*. –București, 1995.
16. Zamfir C. (coord.). *Politici sociale în România*. –București, 1999.
17. Григорьев А.Д. *История социальной работы до начала XX века*. –Минск, 2006.
18. *Социальная работа: теория и практика* (отв. ред. Е.И.Холостова, А.С.Сорвина). –Москва, 2002.
19. Фирсов М.В. *История социальной работы*. –Москва, 2007.
20. Циткилов П.Я. *История социальной работы*. –Ростов-на-Дону, 2006.

Capitolul III

STATUTUL ȘTIINȚIFIC AL ASISTENȚEI SOCIALE

3.1. Componente structurale ale asistenței sociale ca știință

Formarea asistenței sociale ca știință începe odată cu încercarea de a explica rolul fenomenului carității în viața socială și de a aplica cunoștințele și metodele psihologice, medicale, sociologice, filosofice etc. întru argumentarea necesității protecției sociale, acordării de ajutor celor nevoiași. Transformarea asistenței sociale într-o profesie modernă impune în continuare necesitatea dezvoltării sistematice a teoriei domeniului, o teorie specifică care ne ajută să răspundem la numeroasele întrebări *De ce*, înaintate în permanență de realitatea socială înconjurătoare, devenind limpede că este imposibil de a acționa adecvat situației fără a dispune de profunde cunoștințe teoretice. Or, asistența socială nu poate fi înțeleasă doar ca o simplă activitate practică de ajutorare. Ea este, de asemenea, și **o știință**, *o totalitate de cunoștințe despre legitățile și principiile funcționării, dezvoltării și dirijării proceselor sociale concrete și a stărilor individului aflat în condiții de viață dificile, despre protecția drepturilor și libertăților personalității prin acțiunea cu un anumit scop asupra acesteia și a mediului social în care se află.*

În calitate de știință asistența socială se află în proces de devenire, constituind un domeniu al activității umane preocupat de elaborarea și sistematizarea teoretică a cunoștințelor despre o realitate socială bine determinată și despre activitatea instituțiilor de stat, obștești și particulare, a specialiștilor și activiștilor, orientată spre rezolvarea problemelor indivizilor, familiilor și grupurilor de oameni din societatea respectivă.

Dezvoltarea fundamentelor științifice ale asistenței sociale are loc în condițiile unor permanente discuții. Actualmente, aceste discuții urmează să evolueze în câteva direcții principale, printre care: a) de determinare a locului asistenței sociale în sistemul unor astfel de discipline cum sunt sociologia, psihologia, pedagogia, filosofia, antropologia, culturologia, politologia etc.; b) de căutare a constantei teoretice proprii asistenței sociale ca obiect de cercetare specific; c) de evidențiere a interacțiunii ei cu alte științe. Drept urmare, s-au stabilit mai multe opinii cu privire la problema statutului științific al asistenței sociale. Astfel, unii autori consideră că asistența socială este o disciplină doar aplicativă, orientată spre studierea problemelor dintr-un domeniu particular al dezvoltării sociale. Alții – atribuie asistenței sociale un statut științific mai complicat, deosebind în cadrul ei problematica teoretică/fundamentală și cea aplicativă. Există, de asemenea, opinii potrivit cărora asistența socială este percepută doar ca o sistematizare a cunoștințelor referitoare la problemele și domeniile principale ce țin de menținerea forțelor vitale ale omului: deservire medicală, învățământ, asigurarea cu loc de muncă, păstrarea ordinii publice, ajutorarea familiilor sărace etc.

Diversitatea opiniilor referitoare la identificarea statutului științific al asistenței sociale este determinată în mare măsură de caracterul integrativ al cunoașterii în asistența socială, care reprezintă prin sine o sinteză a multiplelor scheme interpretative. Cu toate acestea, ***asistența socială posedă toate componentele structurale caracteristice unei științe***, fapt ce permite să judecăm despre devenirea ei ca știință: ea își are obiectul său de cercetare, legitățile proprii acestui obiect, noțiunile, categoriile specifice, principiile și metodele de activitate. Să vedem deci în ce constă esența acestor componente din perspectiva asistenței sociale.

Cu referire la **obiectul** de cercetare al asistenței sociale este necesar să conștientizăm faptul că oamenii trăiesc nu pur și simplu în societate, dar în grupuri, comunități, asociații. Ei sunt permanent înconjurați de semenii lor, se află într-o permanentă interacțiune, uneori destul de tensionată, care generează o multitudine de cele mai diverse raporturi, relații, legături, fenomene etc. Acestea, la rândul lor, formează o realitate, relativ independentă, tot atât de importantă precum sunt și alți factori esențiali: cei economici, politici, culturali etc. Fenomenele, procesele și relațiile sociale posedă o structură extrem de complicată și un caracter multinivelar. Ele devin obiect de cercetare ale celor mai diverse științe: sociologie, filosofie, istorie, psihologie, asistență socială etc. Fiecare din acestea studiază o anumită parte a relațiilor sociale ce posedă proprietăți și legături cauzale de un anumit tip. *Asistența socială ca știință cercetează procesele și fenomenele sociale generate de relațiile dintre oameni, care țin nemijlocit de activitatea vitală a indivizilor, grupurilor sau comunităților ce s-au pomenit în situații defavorizate.*

Termenul „obiect” se folosește la analiza unei legături bilaterale, care descrie un raport concret al cunoașterii și activității. Latura care realizează cunoașterea sau activitatea în acest raport concret se numește „**subiect**”, iar latura asupra căreia este îndreptată cunoașterea sau activitatea se numește „**obiect**”. Din această perspectivă generală în practica asistenței sociale asistentul social este considerat subiect, iar beneficiarul (individul, familia, grupul etc.) – obiect. În context, e necesar însă să facem unele precizări. Astfel, menționăm că raporturile subiect – obiect sunt destul de mobile. Or, ceea ce în unele cazuri este obiect, în altele poate deveni subiect, și invers. Ba mai mult, în activitatea comunicativă un șir de relații se prezintă ca raporturi „subiect –

subiect”, în care ambele laturi sunt componente active ale procesului de cunoaștere și influențează una asupra alteia. În calitate de subiecți ai asistenței sociale pot fi nu numai persoanele, dar și instituțiile, organizațiile, chemate să rezolve problemele segmentelor populației socialmente vulnerabile. Este vorba mai întâi de instituțiile statale: Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului, toate organele executive din sfera protecției sociale, serviciile sociale etc. Subiecți ai asistenței sociale pot fi, de asemenea, și diverse organizații obștești, neguvernamentale, de caritate, particulare etc.

Deoarece asistentul social de orice rang totdeauna este latura activă (subiect), putem spune că partea, asupra căreia el își orientează activitatea (beneficiarul/clientul), indiferent dacă aceasta reacționează activ sau rămâne pasivă, constituie obiectul asistenței sociale. În acest sens, în calitate de obiect vor fi indivizii, familiile, grupele, comunitățile, ale căror condiții de viață nu le asigură o funcționare socială normală. Aici ținem să menționăm că obiectul asistenței sociale nu poate fi limitat doar la săraci și invalizi, precum mai predomină opinia. De asemenea, nici asistentul social nu poate fi conceput ca un funcționar cu geantă mare care îi asigură pe nevoiași cu produse alimentare, cărbune etc. Este cert că la începuturi asistența socială și-a avut ca destinație principală lupta cu sărăcia, desfășurându-se sub forma unor acțiuni caritabile, filantropice. Astăzi însă ea nicidecum nu poate fi redusă doar la aceste activități. În viață se întâmplă, spre regret, multe nenorociri, boli, catastrofe, care pot împinge în categoria celor ce au nevoie de ajutor și indivizi, familii, grupe de oameni prospere. Spre exemplu, nici o familie nu este ferită de factorii ce circumstanțiază dezorganizarea relațiilor dintre soți, părinți și copii, indiferent de statutul lor social și situația materială. La fel și problemele adolescenților sau ale bătrânilor

sunt de neevitat. Or, putem conchide că asistența socială își poate avea ca obiect toate păturile și grupele, toți indivizii, ținând cont de faptul că pentru unii ea este o necesitate potențială, iar pentru alții – o necesitate deja reală. În acest sens asistența socială poate fi asemănată cu o umbrelă, care în momentul necesar se va deschide și va proteja pe orice individ de acțiunile factorilor dăunători pentru viața lui.

Problema obiectului și subiectului asistenței sociale este una dintre problemele cele mai des discutate în mediul specialiștilor. Obiectul, după cum se desprinde din cele relatate, poate fi interpretat ca ceva opus subiectului în activitatea de cunoaștere. Obiectul nu este însă identic cu întreaga realitate obiectivă, ci reprezintă doar acea parte a ei care interacționează cu subiectul.

Subiectul este purtătorul activității practice concrete (referitoare la obiect) și al cunoașterii (individ, grup social), izvorul activismului orientat spre obiect.

Pentru a înțelege specificul obiectului și subiectului în asistența socială, menționăm trei momente importante: între obiect și subiect există deosebire; obiectul și subiectul se află într-o interacțiune reciprocă; obiectul și subiectul se pot schimba cu locul.

Este necesar, de asemenea, să luăm în considerație și faptul că noțiunea „obiect” poate fi raportată atât la noțiunea „subiect” în general, cât și la cea de „subiect al discuției” sau „obiectul concret” (în rusă – предмет).

Raportul obiect-subiect în plan general caracterizează asistența socială ca gen de activitate practică. Când privim asistența socială ca știință avem în vizor raporturile obiect-subiect al discuției (obiect concret). În cazul dat, obiectul este perceput ca un anumit gen de activitate socială practică, iar obiectul concret (subiectul discuției) este fie o latură sau mai multe ale acestui

obiect (situația socială a individului, familiei, comunității, grupului), fie legitățile asistenței sociale.

Din perspectiva asistenței sociale ca disciplină de studiu (mai exact, ca proces de instruire) în calitate de obiect sunt (prioritar) studenții, audienții, iar în calitate de subiect – profesorii, savanții. În același timp, menționăm că aici raporturile obiect – subiect sunt destul de mobile, în special când este vorba de activitatea individuală de cercetare sau alt gen de activitate efectuată, de exemplu, de către studenți în timpul practicii de specialitate.

Într-un sens larg, obiect al asistenței sociale (după cum s-a spus deja) pot fi toți oamenii, ceea ce își are explicație în faptul că viața tuturor păturilor și grupurilor sociale este determinată de nivelul de dezvoltare a societății, starea sferei sociale, conținutul politicii sociale și posibilitățile ei de realizare. E necesar să ținem cont, de asemenea, și de faptul că fiecare om, în orice perioadă de viață, simte nevoia unei îndepliniri mai depline a necesităților și intereselor sale. Totodată, în fiecare domeniu al vieții aceste necesități sunt satisfăcute în mod diferit: omul bogat, de exemplu, are nevoie de întărirea sănătății, de o atmosferă liniștită, liberă de situații stresante; omul sănătos, din contra, poate fi sărac și are deci nevoie de anumite resurse materiale; în orice familie se pot acutiza relațiile între soți, părinți și copii etc. Or, fiecare om are nevoie, într-o măsură sau alta, de suport, ajutor, protecție. În același timp, dintotdeauna au existat indivizi, grupuri, pături sociale care, nimerind în situații complicate, nu pot sau pot doar parțial să-și rezolve problemele. În cazul dat, privind asistența socială în sensul ei nemijlocit, îngust, înțelegem prin obiectul asistenței sociale anume aceste categorii concrete de populație aflate în dificultate. Din această perspectivă există o multitudine de obiecte ale asistenței sociale, clasificate în dependență de:

- *starea materială* (persoanele, familiile sărace);
- *starea sănătății* (persoane cu dizabilități etc.);
- *serviciu și muncă în condiții sociale extreme* (participanții la război, lucrătorii din spatele frontului, văduvele și mamele militarilor căzuți pe front, deținuții din perioada războiului etc.);
- *vârsta înaintată a oamenilor* (pensionarii, oamenii în vârstă solitari care au nimerit în situații defavorizate etc.);
- *conduita deviantă în cele mai diverse forme* (copii în conflict cu legea, persoane eliberate din închisori, persoane dependente de alcool, drog etc.);
- *situația dificilă a diferitelor categorii de familie* (familii cu mulți copii, familii tinere, divorțate, monoparentale etc.);
- *situația dezavantajată a copiilor* (copii orfani, copii lipsiți de supraveghere, copii ai străzii etc.);
- *situația de părăsire* (persoane fără un anumit loc de trai: boschetari, refugiați, persoane deplasate intern etc.);
- *starea de victimizare* (persoanele care au fost supuse represaliilor politice și care ulterior au fost reabilitate, victimele violenței și discriminării etc.).

În dependență de scopul investigației, această diferențiere în obiecte (beneficiari) ai asistenței sociale poate fi continuată într-un plan mai concret sau, din contra, evidențiind categorii mai largi, mai generale de obiecte¹.

Subiecții asistenței sociale, la rândul lor, pot fi diferențiați, de asemenea, în dependență de mai multe criterii, ținându-se cont și de faptul cum este privită asistența socială: ca activitate practică, ca știință sau ca proces de instruire. Din această perspectivă subiecții ale asistenței sociale pot deveni:

¹ A se vedea: *Социальная работа: теория и практика* (отв. ред. Е.И.Холостова, А.С.Сорвина), p.13-17.

1) *organizațiile, instituțiile de stat*: statul cu structurile sale în forma puterii legislative și executive de toate nivelurile (Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului, toate organele de administrare a asistenței sociale la nivel național și local); diverse servicii sociale: centre de sprijin pentru familie și copii, centre de reabilitare pentru persoane cu dizabilități; centre de consiliere psihologică; centre de informare/consultație juridică etc.; administrația întreprinderilor, organizațiilor, instituțiilor de stat, instituțiilor de învățământ etc.;

2) *organizațiile, asociațiile obștești și de caritate*: sindicatele, Fondul Copilului, Crucea Roșie, serviciile sociale private, organizațiile de caritate nestatale;

3) *persoanele ce se ocupă de asistența socială practică ca profesioniști sau ca voluntari*. De fapt, aceste persoane sunt reprezentanți ai celor două tipuri de subiecți ale asistenței sociale analizate anterior. Totodată, ele pot fi divizate în două grupe: a) organizatori-administratori; b) executori/asistenți sociali practicieni, care oferă suportul nemijlocit beneficiarilor;

4) *profesorii și toți cei care contribuie la înzestrarea cu cunoștințe, deprinderi, abilități necesare asistentului*;

5) *cercetătorii asistenței sociale* (persoanele care se ocupă de lucrul științific, analizează starea asistenței sociale, elaborează programe științifice, identifică tendințele dezvoltării asistenței sociale, publică lucrări axate pe problemele asistenței sociale etc.). Un rol deosebit aparține în acest proces catedrelor de specialitate din instituțiile de învățământ, laboratoarelor de cercetare, instituțiilor științifice, Consiliilor de susținere a tezelor de doctor în domeniul asistenței sociale. Menționăm cu acest prilej că Republica Moldova nu dispune încă de școli de cercetare în domeniul asistenței sociale. Anumite vlăstare în acest domeniu s-au înfiripat la Facultatea de Sociologie și Asistență Socială

(USM), în cadrul căreia a fost deschis în 2008 Seminarul de profil pentru analizarea tezelor de doctor la cele două specialități.

În contextul celor expuse e necesar să menționăm că subiectul asistenței sociale (specialistul, instituția, departamentul protecției sociale etc.) și obiectul asistenței sociale (omul concret, familia, grupul etc.) reprezintă prin sine înseși sisteme sociale și bisociale destul de complicate, devenind obiect de cercetare și al altor discipline științifice. Iar rezultatele și realizările acestor cercetări în nici un caz nu pot fi ignorate de asistența socială.

O componentă importantă a oricărei științe o constituie **sistemul de noțiuni și categorii** cu care aceasta operează. Fiecare știință își elaborează noțiunile și categoriile proprii, fixând în ele însușirile, proprietățile, legăturile esențiale ale fenomenelor pe care le studiază. *Noțiunile* se formează în procesul cunoașterii prin generalizarea rezultatelor observației empirice, prin intermediul abstractizării, idealizării, comparației și al altor operații logice. Noțiunile cele mai generale ce stau la baza unei științe se numesc *categorii*. Noțiunile și categoriile reprezintă cea mai importantă formă logică prin care sunt descoperite legăturile esențiale, stabile și repetabile între fenomenele și procesele studiate. Prin ele devine posibilă înțelegerea unitară a esenței fenomenelor, sesizarea legităților și tendințelor dezvoltării lumii ce ne înconjoară.

Dezvăluirea specificului categoriilor elaborate de teoria asistenței sociale, precum și de alte științe sociale, este extrem de complicată, dat fiind faptul că fenomenele și procesele reflectate de aceste categorii sunt în permanentă schimbare și intercalare. Aceasta permite ca ele să fie interpretate în mod divers de diferite domenii ale cunoașterii sociale. Or, starea dată a lucrurilor atribuie categoriilor științelor sociale un caracter relativ, muabil de interpătrundere reciprocă, iar teoriei asistenței sociale – un caracter multiparadigmal. Încercând să facem o anumită

ierarhizare în diversitatea categoriilor asistenței sociale, putem deosebi următoarele trei grupe principale:

- categorii ce nu sunt specifice pentru teoria asistenței sociale, deoarece procesele și fenomenele reflectate de ele se studiază și de alte științe (*societate, relații sociale, activitate socială, instituție socială, personalitate, socializare* etc.);
- categorii ce se referă preponderent la teoria asistenței sociale, dar care sunt utilizate și în alte domenii științifice (*reabilitare socială, conflict social, integrare socială* etc.);
- categorii specifice doar asistenței sociale (*protecție socială, asistent social, lucrător social, deservire socială, ajutor social adresat* etc.).

Categoriile și noțiunile asistenței sociale pot fi diferențiate și în dependență de conținutul lor. Din această perspectivă vom deosebi două grupe principale de categorii:

- noțiuni și categorii ce reflectă specificul organizării asistenței sociale în diferite sfere ale practicii sociale (spre exemplu, aparatul categorial al asistenței sociale din instituțiile de învățământ se va deosebi parțial de noțiunile ce vor descrie asistența socială din instituțiile medicale; de asemenea, noțiunile utilizate în lucrul cu persoanele cu dizabilități, cu bătrânii, refugiații, copiii, șomerii etc. vor primi specificul domeniului respectiv);
- noțiuni ce reflectă diferite aspecte din procesul de organizare a asistenței sociale profesionale și voluntare, de aplicare a metodelor (managementul asistenței sociale, metode psihosociale, sociopedagogice etc.).

Din punct de vedere structural, aparatul categorial al asistenței sociale poate fi divizat în trei grupe:

- 1) noțiuni ce caracterizează aspectul ei esențial/conceptual;
- 2) noțiuni ce caracterizează aspectul ei tehnologic;

3) noțiuni ce reflectă starea calitativă a asistenței sociale.

Un element structural fundamental al teoriei asistenței sociale, ca și al oricărei alte științe, îl constituie **legitățile**. Legitățile asistenței sociale dezvăluie cele mai esențiale legături sociale, de a căror cunoaștere depinde eficiența rezolvării problemei beneficiarilor. O particularitate a practicii sociale constă în faptul că aici legitățile se manifestă nu izolat, ci în complexitatea lor, în intercalarea celor mai diverse laturi și elemente, ceea ce nu permite să fie depistate la nivelul percepției senzoriale. Ele pot fi înțelese numai la nivelul gândirii abstracte prin intermediul analizei și sintezei, abstractizării de la elementele neesențiale. În calitate de *legitate fundamentală a asistenței sociale* poate fi numită, spre exemplu, *interconexiunea dintre politica socială a statului și conținutul asistenței sociale din societatea respectivă*.

Pot fi sesizate un șir de legități și în dependență de nivelurile la care se realizează asistența socială: 1) nivelul raporturilor administrative (administrativ-organizațional) și 2) nivelul contactului nemijlocit cu beneficiarul. Astfel, eficacitatea activității elementelor administrative ale sistemului de protecție socială, care reprezintă grupe de specialiști înzestrați cu anumite împuterniciri, drepturi și îndatoriri, este determinată de însăși structura sistemului organelor administrative și de deservire socială (este ea adecvată sau nu), de orientarea socială a conștiinței și a activității cadrelor din organele conducerii de stat etc. La nivelul contactului nemijlocit eficiența asistenței sociale poate fi exprimată de următoarele legități: cointeresarea asistentului social și a beneficiarului în schimbarea situației; abordarea integră și complexă a beneficiarului de către asistentul social; corespunderea nivelului de dezvoltare, specializare a asistentului social specificului problemei beneficiarului etc.

Legitățile asistenței sociale poartă un caracter obiectiv și se manifestă independent de voința și dorința oamenilor, de faptul dacă specialistul cunoaște sau nu aceste legități. Un lucru însă e cert: cu cât specialistul în asistență socială le va cunoaște mai profund și va ține cont mai amplu de ele, cu atât mai rezultativă va fi activitatea lui practică. În același timp, este necesar să menționăm și un alt adevăr: cunoașterea legităților enumerate nu garantează de la sine aplicarea lor în practica asistenței sociale. Asistentul social practicant nu este în stare în fiecare caz concret să-și raporteze acțiunile sale la legitățile asistenței sociale, să analizeze și să aprecieze manifestarea legităților în relațiile sale cu beneficiarii. De aceea, în practică el se conduce doar de concluziile și regulile deduse din aceste legități care, exprimând o listă de cerințe concrete, devin principii, teze inițiale, regulă generală a activității asistentului social.

Principiile asistenței sociale înglobează în sine ideile directorii ale teoriei, precum și regulile fundamentale ale activității empirice. Prin aplicarea lor se realizează legătura dintre teorie și practică. În calitate de element structural al științei principiile îndeplinesc un rol deosebit de important: ele îmbină organic toate categoriile și legile într-un sistem logic unic, pe baza căruia e posibilă interpretarea justă a proceselor din lumea înconjurătoare. Deosebim următoarele grupe de principii care acționează în domeniul asistenței sociale:

- *principii general filosofice* ce stau la baza tuturor științelor despre societate, om și mecanismele interacțiunii lor (principiul dezvoltării, principiul conexiunii universale, principiile determinismului, istorismului etc.);
- *principii particulare*, cu un domeniu de acțiune mai limitat, dar care cuprind diverse aspecte ale asistenței sociale.

Într-un plan mai specific principiile asistenței sociale pot fi divizate în următoarele grupe:

- metodologice;
- organizaționale;
- psihologico-pedagogice;
- social-politice;
- specifice.

Principiile metodologice înglobează de fapt principiile general filosofice, principiile abordării gnoseologice, determinismului, reflectării, dezvoltării, unității dintre conștiință și acțiune etc.

Principiile organizaționale reflectă diversitatea legăturilor funcțional-ierarhice și a raporturilor, precum:

- competența social-tehnologică a cadrelor;
- evidența și controlul executării;
- unitatea drepturilor și responsabilităților etc.

Principiile psihologico-pedagogice – exprimă cerințele față de selectarea mijloacelor de influență asupra beneficiarilor asistenței sociale, precum:

- abordarea complexă și sistemică a analizei și aprecierii condițiilor de viață ale beneficiarului, a selectării formelor și metodelor de lucru;
- abordarea individualizată a personalității beneficiarului;
- toleranța în comunicarea cu beneficiarul; etc.

Principiile social-politice reflectă condiționarea conținutului și direcțiilor asistenței sociale de politica socială a statului, care determină prioritățile protecției sociale a populației, orientează spre îmbinarea intereselor personale cu cele de stat. Dintre cele mai importante principii social-politice fac parte:

- abordarea la nivel de stat a problemelor ce necesită a fi soluționate în asistența socială;
- umanismul și democratismul conținutului și metodelor asistenței sociale;
- legalitatea și justetea acțiunilor întreprinse de asistentul social;
- evidența condițiilor concrete de viață ale persoanei, grupului social în alegerea formelor de asistență socială.

Principiile specifice ale asistenței sociale determină regulile principale de oferire a serviciilor sociale. Printre acestea se enumără: principiul universalismului protecției drepturilor sociale, centrării pe beneficiar, sprijinului pe forțele proprii, maximalizării resurselor sociale, confidențialității etc.

Din legițile, principiile teoriei asistenței sociale derivă alte componente importante ale ei: *metodele*, *tehnicele*, *procedeele* utilizate în rezolvarea problemelor practice.

Componentele structurale enumerate ale asistenței sociale ne permit să conchidem că, parcurgând o cale îndelungată de devenire, asistența socială, concomitent cu alte aspecte ale conținutului, își dezvoltă tot mai insistent și statutul său științific. După cum se știe, științele, în dependență de orientare și raportul față de practică, pot fi divizate convențional în fundamentale și aplicative. Dacă științele fundamentale sunt orientate prioritar spre rezolvarea problemelor gnoseologice, teoretice, apoi cele aplicative – spre activitatea socială. Din acest punct de vedere, asistența socială aparține mai mult grupului de științe sociale aplicative. Caracterul aplicativ al asistenței sociale o deosebește de științele fundamentale, dar nu o separă și nu o opune acestora. Asistența socială ca știință constă din două compartimente: 1) teoretico-metodologic, fundamental (metodologia, legile,

principiile, aparatul categorial); 2) aplicativ (domeniul aplicării social-practice, administrative a cunoștințelor teoretice, rezolvării științifice a problemelor concrete din societate). Astfel, calitatea asistenței sociale de știință nicidecum nu compromite unicitatea ei ca activitate practică de sprijin, ajutorare, de ameliorare a situației persoanelor în dificultate, de armonizare a întregului sistem de relații: în familie, colectiv, societate. Mai mult, posedând baza teoretico-metodologică, asistentul social va fi mult mai flexibil în alegerea modalităților de satisfacere a nevoilor indivizilor din societatea mereu în schimbare.

Spre deosebire de alte științe sociale, asistența socială se caracterizează prin legătura strânsă dintre teorie și practică, dintre cunoștințele acumulate și deprinderile formate. Practica asistenței sociale este însă mult mai complicată, mult mai elastică, impunând adesea metode nestandardizate de soluționare a problemelor. Or, teoria asistenței sociale este adesea depășită de flexibilitatea practicii, iar modalitățile prin care asistentul social leagă teoria de practică par a fi uneori „neștiințifice”. Practica este domeniul principal de acumulare a experienței de lucru în asistența socială, de manifestare a unicității ei prin aplicarea cunoștințelor. Dar practica este, de asemenea, și baza inițială de colectare și analiză a materialului empiric, necesar pentru cercetarea proceselor sociale concrete, pentru elaborarea generalizărilor teoretice.

Teoria asistenței sociale este eficientă dacă ea determină direcțiile activității practice în acordarea ajutorului social, prin care se asigură protecția drepturilor și garanțiile sociale ale omului și dacă activitatea în această sferă se realizează prin diverse forme și mijloace în dependență de situația concretă. Or, conținutul teoriei asistenței sociale și direcțiile ei principale ca activitate profesională sunt determinate în ultimă instanță de practica

socială. Dacă lipsește o asemenea interconexiune, teoria aplicată nu poate fi utilă.

Unicitatea asistenței sociale 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 se dobândește prin aplicarea cunoștințelor în practică, prin aplicarea unor metode, tehnici, strategii specializate de intervenție activă în situații de criză. *În asistența socială mai mult decât în alte domenii teoria trebuie să se afle într-un permanent contact cu practica.* Un bun asistent social trebuie să cunoască diverse metode și tehnici de lucru cu persoana, familia, grupul pentru a le putea selecta pe cele mai eficiente. Este însă absolut greșită opinia celor ce spun că ei fac asistență socială doar „practică”, că asistenții sociali sunt oameni „practici” și că se descurcă bine fără teorie. Un asistent social profesionist nicidecum nu se formează doar prin învățarea din „experiență”, sau din ceea ce i s-a spus la un curs de câteva săptămâni. O asemenea abordare a problemei creează o stare de nesiguranță față de propriile soluții și confuzie în luarea deciziei, făcând imposibilă descoperirea semnificațiilor corecte, explicite și sistemice în desfășurarea evenimentelor.

Implicarea teoriei în asistența socială este inevitabilă, iar negarea importanței ei, după spusele lui *David Howe* (profesor de asistență socială de la Universitatea East Anglia din Norwich), duce la dezvoltarea unei practici de calitate proastă și lipsită de onestitate¹. Teoria permite asistentului social să înțeleagă ceea ce

¹ Howe D. *Introducere în teoria asistenței sociale*. –București: UNICEF România, 2001, p.7.

se petrece cu beneficiarul și în ce fel să-și organizeze activitatea practică, să analizeze problema din mai multe perspective și astfel să găsească cea mai reușită variantă de rezolvare a cazului. Or, munca în asistența socială necesită rigoarea cercetătorului-practician, care poate să gândească și să facă, care poate conjuga reușit teoria cu practica.

3.2. Caracterul interdisciplinar și integrativ al asistenței sociale

Specificul asistenței sociale ca sistem științific de cunoștințe este determinat în mare parte de componența, natura și conținutul elementelor ce constituie acest sistem, adică de întreaga lui structură. Prin structură se înțelege, de regulă, modul specific de legătură, interacțiune a elementelor ce atribuie acestei totalități un caracter de integritate organică, o organizare și ierarhizare internă, în același rând și proprietăți deosebite de cele ale elementelor. Structura limitează manifestarea proprietăților elementelor aparte, generând proprietăți integrative deosebite ale noului sistem, necesare pentru realizarea funcțiilor sale. Teoria asistenței sociale reprezintă o expresie specifică în forme logice a cunoașterii funcționării și dezvoltării sistemului policentric complicat al vieții sociale, în care fiecare element structural poate deveni în același timp și cauză și efect al proceselor sociale. Procesele sociale influențează, direct sau indirect, toate laturile vieții sociale, le pătrund cu interesele și necesitățile persoanei, familiei, grupurilor sociale, demografice etc. De aceea, acțiunea cu un anumit scop asupra lor în cadrul asistenței sociale este imposibilă fără a lua în considerație realizările din diverse domenii științifice. Or, analizând asistența socială ca știință, nu putem vorbi despre un statut științific strict independent al ei.

Asistența socială este o știință interdisciplinară/multidisciplinară, fundamentele ei teoretico-metodologice fiind conjugate, pe de o parte, cu științele naturii (medicina, biologia, antropologia etc.), iar, pe de altă parte – cu științele socioumanistice (filosofia, sociologia, psihologia, dreptul, economia, politologia etc.). Interconexiunea și interacțiunea asistenței sociale cu alte științe este determinată de însuși obiectul lor de studiu, care în multe privințe este comun (omul ca ființă biopsihosocială, societatea, formațiunile ei structurale etc.).

Indiscutabil, protecția segmentelor de populație în dificultate constituie direcția prioritară a asistenței sociale, dar esența ei socială își are rădăcini mult mai adânci – în problema omului în general, și de aceea ea trebuie înțeleasă de pe poziții conceptuale mult mai largi. Astfel, vorbind despre asistența socială ca știință, ne referim la esența ei profundă ca sistem complex de cunoștințe despre om și relațiile lui sociale. Anume îmbunătățirea condițiilor de viață ale omului, asigurarea unei existențe demne, armonizarea întregului sistem de relații (în familie, colectiv, societate în întregime) constituie scopul suprem, sarcina practică nemijlocită a asistenței sociale. Or, definirea asistenței sociale în calitate de știință nicidecum nu compromite unicitatea ei ca activitate de ajutorare, de sprijin, după cum consideră unii autori¹. Mai mult, chiar esența practică a asistenței sociale determină necesitatea statutului ei științific, necesitatea de a dispune de o bază teoretică temeinică, interdisciplinară, ca știință despre om și mijloacele, căile de ameliorare a situației lui în societate. Posedând această bază teoretică, alimentată cu cunoștințe din cele mai diverse domenii, asistentul social va fi mult mai convins în reușita soluționării problemelor beneficiarilor.

¹ A se vedea: *Asistența socială ca activitate de mediere în societate*. –Cluj-Napoca, 1995, p.36.

Din momentul apariției asistența socială continuă să-și lărgescă suportul științific utilizând componente integrative ale disciplinelor care tangențiază cu ea. Asistența socială nu se poate sprijini doar pe o teorie oarecare sau pe un anumit model practic. Diverse forme ale asistenței sociale au la bază multiple teorii și reprezintă niște construcții complexe ale diferitelor modele de activitate practică în domeniu. *Tendința de integrare, spre o identitate interdisciplinară/multidisciplinară, devine o calitate inerentă a asistenței sociale.* Științele sociale (sociologia, psihologia, economia, dreptul etc.) creează o paradigmă intelectuală în formarea asistentului social, oferindu-i o varietate de perspective pentru a înțelege situația în care este implicat beneficiarul și pentru a-i acorda un ajutor autentic. Tezele general teoretice ale științelor sociale servesc în calitate de fundament metodologic pentru rezolvarea științifică a problemelor particulare ale asistenței sociale. Întreaga gamă de probleme abordate și metodele de cercetare utilizate în asistența socială, întregul sistem de categorii, principii și legități specifice ei sunt o mărturie a faptului că asistența socială ca știință are o identitate multidisciplinară/interdisciplinară.

3.3. Dimensiunea metodologică a asistenței sociale

Recunoașterea statutului științific al asistenței sociale impune în mod necesar să i se recunoască și un corp metodologic propriu. Pentru a evidenția însă specificul metodologiei asistențiale vom preciza mai întâi în ce constă esența conceptului de metodologie în general.

E știut că orice știință reprezintă o totalitate sistematizată de cunoștințe, al căror rol constă în a reflecta cât mai adecvat și profund legitățile obiective ale realității înconjurătoare, necesare omului pentru orientarea justă în viața cotidiană și în activitatea

practică. Omenirea totdeauna a tins spre acumularea noilor cunoștințe. În decurs de milenii ea a parcurs o cale anevoioasă de la reprezentările primitive spre pătrunderea în tainele esențiale ale existenței. Au fost descoperite o înfinitate de fenomene, proprietăți și legi ale naturii, ale vieții sociale și spirituale a omului, tablourile lumii schimbându-se succesiv. Cunoștințele acumulate de om s-au manifestat în cele mai diverse forme: preștiințifice, cotidiene, artistice, științifice. Dar cunoașterea s-a mișcat mereu de la necunoscut spre cunoscut, de la cunoaștere superficială spre cunoaștere mai profundă, mai esențială. După plinătatea și profunzimea cuprinderii obiectului, după modul de obținere a cunoștințelor în procesul cunoașterii pot fi evidențiate două niveluri, trepte calitativ deosebite. Acestea sunt: *nivelul empiric* și *nivelul teoretic*.

Cunoașterea empirică se bazează pe experiență. Ea presupune elaborarea unui program de cercetare, organizarea observațiilor, a experimentului, a descrierii (protocolării) datelor observațiilor și experimentelor, clasificarea și generalizarea lor primară. Or, pentru cunoașterea empirică este caracteristică preponderent activitatea de sesizare a faptelor. **Cunoașterea teoretică** este un nivel de cercetare care reflectă obiectul din perspectiva legăturilor esențiale și legităților sale, obținute nu numai din experiență, ci și pe calea abstractizărilor de grad înalt. Ambele aceste niveluri sunt legate și se condiționează reciproc. Cunoașterea empirică, găsind mereu noi date ale observației și ale experimentului, întotdeauna pune în fața gândirii teoretice noi sarcini ce țin de analiza, generalizarea, explicarea faptelor, descoperirea ideilor ce le lămuresc, a principiilor, legilor, astfel stimulând-o spre perfecționare. La rândul său, cunoașterea teoretică, îmbogățindu-se, pune în fața observației și experimentului sarcini tot mai complicate. Or, cercetarea științifică

presupune nu numai mișcarea „în sus” spre construirea unei teorii grațioase, dar și mișcarea „în jos”, legată de asimilarea informației empirice, de descoperirea și precizarea faptelor noi.

Orice cercetare științifică începe de la încercarea de a rezolva o oarecare sarcină sau, în alți termeni, de la **formularea problemei**. Problema poate fi definită ca ceea ce nu este cunoscut și ce trebuie cunoscut. Omul multe nu cunoaște și, în principiu, nu există nimic despre ce el n-ar dori să cunoască. La început însă, el trebuie să aibă cel puțin noțiuni generale despre ceea ce el încă nu știe, să se determine ce ar vrea să știe și ce poate să cunoască la etapa respectivă. Pentru aceasta el trebuie să acumuleze unele cunoștințe elementare, de aceea problema nu e pur și simplu o necunoaștere, ci o cunoaștere despre necunoaștere. Formularea problemei neapărat include o oarecare cunoaștere preliminară, fie imperfectă, a căilor de rezolvare a ei. Însă, atât pentru formularea problemei, cât și pentru rezolvarea ei se cer *fapte*. Termenul „fapt” este folosit în literatură cu sensuri diferite. Astfel, fapt se numește fenomenul însuși, adică o realitate obiectivă. Dar fapt este, de asemenea, și evenimentul „făcut”, născocit al naturii, istoriei etc. Însăși născocirea arbitrară este un fapt, însă un fapt al conștiinței. Cu alte cuvinte, **faptul** este fenomenul lumii materiale sau spirituale care a devenit o componentă (avuție) sigură a conștiinței noastre, înregistrare (prin observare, experiment) a unui obiect, fenomen, a unei proprietăți sau relații. Așadar, **problema** este întrebarea cu care ne adresăm naturii, vieții, practicii și teoriei. A formula problema este nu mai puțin dificil decât a găsi rezolvarea ei. Formulând problema și începând s-o rezolve, savantul elaborează neapărat **programul de cercetare**, premeditează activitatea de cercetare, alege sistemul de mijloace pentru atingerea scopului cognitiv. Și în cazul acesta el pornește de la răspunsul presupus la întrebarea formulată. Acest răspuns

apare sub formă de ipoteză. ***Ipoteza*** determină aria și direcțiile de observare, formează scheletul programului de cercetare în scopul înțelegerii obiectului sau fenomenului cercetat. Fundamentarea și demonstrarea transformă ipoteza în teorie. Prin ***teorie***, în sensul larg al cuvântului, înțelegem un sistem de reprezentări, idei, principii veridice, care explică fenomenul cercetat. Teoria este o concepție integrală asupra proprietăților esențiale, asupra legităților, determinărilor care asigură caracterul funcționării și dezvoltării unui anumit domeniu al realității.

Cunoașterea nu este o reflectare nemijlocită (ca în oglindă) a lumii obiective în conștiința omului, ci un proces complicat și multilateral de interacțiune a subiectului și obiectului, a cărui eficiență e în dependentă directă de nivelul, gradul perfecțiunii mijloacelor și instrumentelor teoretice de care se folosește subiectul în procesul cunoașterii. Dar, pentru a elabora astfel de mijloace sunt necesare eforturi speciale din partea subiectului, precum și cunoștințe despre propria activitate cognitivă, despre formele și căile de desfășurare a ei. Această sarcină fundamentală a procesului cognitiv constituie problema de bază a metodologiei. Prin urmare, *analiza metodologică* se referă nemijlocit nu la lumea exterioară, ci la activitatea subiectului, orientată spre cunoașterea ei, adică la cercetarea bazei, formelor, căilor și condițiilor cunoașterii.

În genere putem deosebi două tipuri de cunoștințe: cunoștințe despre lume și cunoștințe despre cunoaștere. Și dacă primele indică ceea ce cunoaștem, celelalte arată cum, în ce mod, pe ce căi, prin care mijloace se obțin cunoștințele despre lume. Astfel, orice cunoștințe fundamentale posedă o dublă importanță: pe de o parte, ele explică realitatea înconjurătoare, pe de alta – servesc drept mijloace, metode pentru rezolvarea diverselor probleme și acumularea de noi cunoștințe. Or, putem spune că

orice teorie științifică, inclusiv asistențială, îndeplinește o *funcție metodologică*, iar cunoștințele științifice în general joacă un rol metodologic față de totalitatea activității cognitive și practice a omului.

De-a lungul istoriei s-au impus mai multe modalități de cunoaștere a adevărului despre realitate. *Walter Wallace*, spre exemplu, evidențiază patru modalități de acest gen: 1) *modul autoritarist*, apărut în antichitate și prin care se afirmă că adevărul este produs de preoți, regi, președinți sau savanți; 2) *modul mistic*, foarte apropiat de cel autoritarist, și care atribuie calitatea cunoașterii adevărate profetilor, prezicătorilor, marilor mistici; 3) *modul logico-rațional*, axat pe rigoarea judecății logice (pe principiile logicii formale), fără a cerceta corespondența cu realitatea; 4) *modul științific* de descoperire a adevărului, care îmbină preocuparea pentru aplicarea corectă a metodei de cunoaștere cu observația riguroasă a fenomenelor. Modul științific oferă o imagine obiectivă despre lumea înconjurătoare, adică o redă așa cum este ea în realitate. Aceasta este calea principală de cunoaștere a fenomenelor și a proceselor sociale, a comportamentelor individuale și de grup¹.

În sens strict, cuvântul „*metodologie*” înseamnă „*învățătură despre metodă*”. Conform etimologiei, metodologia (din greacă: *methodos* + *logos*) desemnează „știința metodelor”. În sensul cel mai general, metodologia este o știință în care se dezvoltă modalitățile de realizare a cunoașterii științifice. Iată de ce pentru a expune conținutul și principiile metodologiei cercetărilor socioumane empirice este necesar să dezvăluim mai întâi sensul noțiunilor „metodă”, „tehnică”, „procedeu” și „instrument de investigare”.

¹ A se vedea: Chelcea S. *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative și calitative*. –București, 2004, p.38.

Prin „**metodă**” (din greacă: *methodos* – „cale spre ceva”) în genere se înțelege un anumit sistem de principii și reguli de cunoaștere și de transformare a lumii obiective. La baza tuturor metodelor de cunoaștere stau legile obiective ale realității. De aceea, metoda este indisolubil legată de teorie. Cu toate acestea, teoria și metoda nu pot fi identificate. Teoria, prin noțiunile și categoriile sale, ne dă o anumită informație despre realitate. Metoda cunoașterii o constituie nu înseși legile și categoriile, ci cerințele elaborate pe baza lor față de subiectul cunoașterii, principiile realizării activității lui cognitive și practice.

Orice știință concretă (sociologie, psihologie, antropologie, asistență socială etc.) în corespundere cu propriul obiect de studiu posedă metode specifice de cunoaștere, cercetare. Vizând cunoașterea în domenii particulare, metodologia cercetărilor empirice, inclusiv cea asistențială, se subordonează metodologiei generale a științei, axată pe metoda universală a cunoașterii – **metoda dialectică**, al cărei fundament îl constituie cele mai generale principii și legi ale dezvoltării lumii. Metoda dialectică nu înlocuiește metodele altor științe, dar constituie baza filosofică comună a lor și se manifestă în calitate de instrument al cunoașterii în toate domeniile. Metoda dialectică exprimă în cerințele și principiile sale nu numai legitățile universale ale lumii obiective, ci și legitățile universale ale coraportului dintre gândire și existență. Sub acest aspect, unul dintre principiile de bază ale metodei dialectice de cunoaștere este *principiul obiectivității/cerința interpretării obiective a fenomenelor lumii*, conform căruia în procesul cunoașterii obiectului cercetătorul este obligat să pornească de la faptele reale, să cunoască obiectul așa cum este el în realitate. Principiul obiectivității include în sine *principiul istorismului*, care impune necesitatea cercetării obiectului în dezvoltare, schimbare, în viața lui proprie, studierii cum a apărut

problema, care au fost etapele maturizării ei, să se evidențieze legăturile necesare dintre aceste etape și starea prezentă a problemei.

Un alt principiu al metodei dialectice, care se impune cu strictețe și în activitățile asistenței sociale, este cel de *abordare concretă* a obiectului. Din această perspectivă, subiectul cunoașterii este obligat să țină cont de trăsăturile obiectului cercetării, de condițiile specifice de existență și dezvoltare a lui. Printre principiile metodei dialectice un rol deosebit aparține *principiului/cerinței tratării complexe, multilaterale a obiectului cercetării*. Orice fenomen, proces se află în legături și raporturi multilaterale cu o mulțime de alte obiecte și fenomene ale lumii. În diversitatea acestor legături obiectul dat își manifestă natura, esența sa. Iată de ce, pentru a cunoaște cât mai profund obiectul dat, noi trebuie să-l cercetăm multilateral, în diversitatea tuturor legăturilor și raporturilor cu alte obiecte. Cunoașterea multilaterală a obiectului e legată de cunoașterea integrală, unică a acestei multilateralității.

În deplină concordanță cu cerințele abordării concrete și complexe a obiectului cercetării este *asistența socială individualizată*, care se realizează prin *metoda abordării diferențiate*. Ultima presupune evidența multilaterală a particularităților situației sociale a obiectului, a necesităților și intereselor lui, stăpânirea celor mai diverse forme și metode de lucru în dependență de starea obiectului. Pe baza analizei și aprecierii sociumului beneficiarului se aleg mijloace adecvate de creare a condițiilor necesare pentru rezolvarea problemelor apărute. Abordarea diferențiată se aplică atât în lucrul cu o persoană aparte, cât și cu grupurile sociale (bătrâni, invalizi, șomeri etc.). Prin abordarea diferențiată devine posibilă realizarea mai multor principii importante ale asistenței sociale, precum:

- orientarea spre personalitate, spre individul concret cu necesitățile, interesele, dispozițiile și orientările sale valorice;
- integritatea, altfel spus – legătura indisolubilă cu condițiile de viață ale oamenilor, cu politica socială a statului, într-un cuvânt, cu toate procesele ce decurg într-un socium concret;
- abordarea holistică a omului, sau perceperea lui din perspectiva celui mai larg spectru de relații cu mediul social;
- caracterul activ al conținutului, formelor și metodelor de lucru prin includerea beneficiarului în rezolvarea problemei ca subiect al acțiunii sociale.

Or, abordarea diferențiată face posibilă realizarea obiectivului major al asistenței sociale: mobilizarea posibilităților fiecărui individ aparte sau ale unui grup de oameni, astfel ca el (ei) să-și elaboreze propriul program de acțiune care îi va ajuta să se adapteze la condițiile de viață concrete și să depășească greutățile.

Concomitent cu respectarea principiilor metodologice general științifice (filosofice), fiecare știință, după cum s-a menționat deja, are metodele sale specifice determinate de specificul obiectului său de studiu. În științele socioumanistice, termenul „metodă” se utilizează în accepțiuni foarte variate, atribuindu-i-se când un sens prea larg, când unul prea îngust¹. Criteriile de clasificare a metodelor aplicate în științele socioumanistice sunt multiple. Astfel, în conformitate cu criteriul *temporal* se deosebesc **metodele transversale**, care tind să descopere raporturile dintre fenomenele și procesele socioumane la un moment dat (observația, ancheta, testele psihologice și sociometrice etc.) și **metodele longitudinale**, care studiază evoluția fenomenelor în timp (biografia, studiul de caz, studiul panel etc.).

¹ A se vedea: Chelcea S. *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative și calitative*, p.60.

Un *alt criteriu* de clasificare a metodelor îl constituie *reactivitatea*, gradul de intervenție a cercetătorului asupra obiectului de studiu. Spre exemplu, în experiment cercetătorul intervine provocând producerea fenomenelor, pe când observația nu admite ca cercetătorul să producă vreo modificare a comportamentelor sau a situațiilor studiate. După reactivitatea lor, metodele pot fi clasificate în:

- **metode experimentale** (experimentul sociologic, psihologic);
- **metode cvasiexperimentale** (ancheta, sondajul de opinie, biografia socială provocată etc.);
- **metode de observație** (studiul documentelor sociale, observația etc.).

Metodele în științele sociale și comportamentale mai pot fi clasificate și *după numărul unităților sociale* luate în studiu. Conform acestui criteriu, deosebim *metode statistice*, care presupun investigarea unui număr mare de unități sociale (anchetele sociodemografice, sondajele de opinie, analizele matematico-statistice) și *metode cazuistice* semnificând studiul integral al câtorva unități sau fenomene socioumane (biografia, studiul de caz, monografia sociologică etc.).

Metodele aplicate în științele socioumanistice mai pot fi clasificate și după *locul ocupat în procesul investigației empirice*. Sub acest aspect, metodele pot fi: 1) *de culegere a informațiilor* (investigarea statistică, studiul pe teren, ancheta etc.); 2) *de prelucrare a informațiilor* (metode cantitative, metode calitative); 3) *de interpretare a datelor cercetării* (metode comparative, interpretative etc.)¹.

¹ A se vedea: Chelcea S. *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative și calitative*, p.61.

Termenul „**tehnică**” (din greacă: *tekne* – procedeu, vicleșug) reprezintă „ansamblul de prescripții metodologice (reguli, procedee) pentru o acțiune eficientă, atât în sfera producției materiale, cât și în sfera producției spirituale (tehnici de cunoaștere), precum și în cadrul altor acțiuni umane. Acest termen este utilizat în științele socioumanistice adesea ambiguu, nefăcându-se distincție între metode și tehnici sau între tehnici și procedee. Tehnicile de cercetare, subsumate metodelor, se referă la demersul operațional al abordării fenomenelor de studiu. Astfel, dacă ancheta reprezintă o metodă, chestionarul apare ca tehnică. Aceleași metode îi pot fi subordonate mai multe tehnici (există anchete pe bază de chestionar, pe bază de interviu sau cu formulare statistice de înregistrare), fiecare tehnică putând fi aplicată în modalități variate.

Procedeele reprezintă „maniera de acțiune”, de utilizare a instrumentelor de investigare, care nu sunt altceva decât unelte materiale (foaie de observație, fișă de înregistrare, ghid de interviu etc.), de care se slujește cercetătorul pentru cunoașterea științifică a fenomenelor socioumane.

Metodele, tehnicile, procedeele și chiar instrumentele de investigare, spune cercetătorul român *Septimiu Chelcea*, se subsumează perspectivei teoretico-metodologice, astfel încât autonomia lor nu este decât relativă¹.

Cunoscând semnificația termenilor „metodă”, „tehnică”, „procedeu”, „instrument de investigare”, în continuare putem dezvălui mai deplin conținutul conceptului de „metodologie”, așa cum acesta este utilizat cu referire la cercetările socioumane. În domeniul socioumanului, metodologia este definită ca o analiză sistemică a metodelor și tehnicilor pe baza cărora se realizează o

¹ A se vedea: Chelcea S. *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative și calitative*, p.62.

cercetare teoretică sau aplicativă. Metodologia în științele sociale și comportamentale are două laturi: analiza critică a activității de cercetare și formularea unor propuneri pentru perfecționarea acestei activități¹.

Definind metodologia cercetării sociologice Lazăr Vlăsceanu menționa că aceasta reprezintă analiza sistematică a metodelor și tehnicilor, a regulilor și procedeele prin care se realizează cunoașterea realității sociale. Clasele de elemente componente ale metodologiei sociologice sunt: a) enunțurile teoretice fundamentale admise ca referințe pentru structura pragmatică a unei teorii și convertite în principii metodologice de orientare a abordării realității sociale; b) metodele și tehnicile de culegere a datelor empirice (observația, experimentul, ancheta etc.); c) tehnicile și procedeele de prelucrare a datelor și informațiilor empirice de ordonare, sistematizare și corelare a acestora pentru fundamentarea deciziilor privitoare la semnificațiile lor teoretice; d) procedeele de analiză, interpretare și construcție sau reconstrucție teoretică pe baza datelor empirice în vederea elaborării de descrieri, tipologii, explicații și predicții teoretice. Aceste elemente ale metodologiei cercetării sociologice nu sunt, totuși, unitar și universal constituite, ci manifestă diferențieri importante. Principala sursă de variație este reprezentată de concepția teoretică luată ca referință. Or, teoria și metodologia nu sunt elemente net separate în cadrul științei, ci, dimpotrivă, ele se susțin și se condiționează reciproc; în ansamblul științei teoria nu se prezintă doar ca premisă și scop, după cum metodologia nu are doar funcții instrumentale. Întrucât în sociologie nu există încă o „paradigmă” unică, ci structuri teoretice alternative, care uneori sunt concurente, iar alteori

¹ A se vedea: Chelcea S. *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative și calitative*, p.62.

complementare, fiecare teorie sociologică majoră a tins să-și formuleze propria metodologie. De exemplu: E. Durkheim a formulat „regulile metodologiei sociologice” adecvate concepției sale despre societate; Max Weber a construit o metodologie de studiere a fenomenelor sociale în concordanță cu propria „sociologie interpretativă”; etnometodologia a dezvoltat metode „etnografice” de analiză a comunicării și a semnificațiilor investite de actorii sociali în acțiunile lor etc. S-a ajuns astfel ca deosebirile principale dintre abordări să fie mai pregnante decât asemănările și din această perspectivă încă nu se poate vorbi de o metodologie unică a cercetării sociologice.

În funcție de modul teoretic general aplicat în vederea explicării vieții sociale, se distinge între practica metodologică „obiectivă” și cea „interpretativă”. Prima urmărește să promoveze o metodologie apropiată de modelul științelor naturii; faptele sau fenomenele sociale sunt explicate prin alte fapte sociale; cunoașterea socială trebuie să ajungă și la forma explicațiilor și predicțiilor, a legilor și generalizărilor empirice detașate de eventualele implicații valorice pentru a asigura „obiectivitatea” discursului sociologic. Practica metodologică „interpretativă” a fost formulată în esență de filosofia socială neokantiană, dezvoltată de „sociologia interpretativă” a lui Max Weber și continuată în cadrul interacționismului simbolic, al sociologiei fenomenologice și etnometodologice. În aceste abordări se pune accentul pe specificul subiectiv ireductibil al faptelor sociale, ceea ce implică necesitatea concentrării analizelor asupra semnificațiilor investite și vehiculate de actorii sociali în interacțiunile și situațiile lor sociale¹.

¹ A se vedea: Zamfir C., Vlăsceanu L. (coord.). *Dicționar de sociologie*, p.349-350.

În lucrările dedicate metodologiei cercetării sociologice există mai multe clasificări ale metodelor de investigare a universului empiric. Spre exemplu, savanții *R. Ghiglione* și *B. Matalon* în lucrarea *Anchetele sociologice. Teorii și practică* (1992) enumără patru metode în științele sociale: observația, ancheta, experimentul și documentarea. Sociologii clujeni *T. Rotariu* și *P. Iluț* numesc cinci metode fundamentale: experimentul, observația, analiza documentelor, interviul și ancheta. *Lazăr Vlăsceanu* consideră că în metodologia cercetărilor sociologice au fost dezvoltate patru metode principale de culegere a datelor empirice: ancheta socială, analiza documentelor sociale, observația și experimentul. Fiecărei metode îi corespunde un set diversificat de tehnici aplicative, adică de operații integrate într-un mod particular de identificare, colectare și prelucrare a datelor empirice. Diversitatea opțiunilor teoretico-metodologice se relevă și la nivelul definirii normelor și tehnicilor aplicative circumscrise uneia și aceleiași metode. Astfel, în fenomenologie și etnometodologie s-a manifestat preferința pentru aplicarea și dezvoltarea tehnicilor de observare participativă, pe când în practicile metodologice „obiective” s-au extins tehnicile de elaborare a anchetelor sociale. Deși este posibil și adeseori s-a înfăptuit transferul de tehnici de cercetare dintr-un mod de abordare în altul, trebuie avut în vedere faptul că nu se realizează doar un simplu transfer tehnic, ci și modificarea presupuzițiilor teoretice care l-au generat. Lipsa de control sistematic al efectelor tacite sau implicite generate de nemodificarea presupuzițiilor teoretice riscă să genereze distorsiuni la nivelul analizei datelor empirice. Tehnica de investigare trebuie, deci, modificată sau adaptată contextului teoretic¹.

¹ A se vedea: Zamfir C., Vlăsceanu L. (coord.). *Dicționar de sociologie*, p. 350.

Desfășurarea cu succes a cercetărilor empirice privind comportamentele individuale și colective, personalitatea și societatea presupune, după cum menționează sociologul român S.Chelcea, luarea în considerație a unor principii metodologice, precum unitatea dintre teoretic și empiric, unitatea dintre înțelegere și explicație, unitatea dintre cantitativ și calitativ, unitatea dintre judecățile constatative și cele evaluative.

Principiul unității dintre nivelurile teoretic și practic demonstrează că raționamentele bazate pe cunoștințele teoretice ghidează cercetarea directă, observațională, iar aceasta, la rândul său, conferă valoare de adevăr intuiției teoretice. Procesul cunoașterii, realizându-se în formă de spirală fără sfârșit, include în sine testarea ipotezelor, descrierea mai bogată a realității, analiza conceptelor și a indicatorilor, stabilește generalizabilitatea rezultatelor și necesitatea schimbării teoriilor formale.

Principiul unității dintre înțelegere (comprehensiune) și explicație pune în discuție relația dintre subiectul și obiectul cunoașterii în științele sociale și comportamentale. Pentru a înțelege această relație ne vom referi la un exemplu. Astfel, într-o anchetă sociologică desfășurată în Franța (1961) în rândul populației de origine poloneză s-a constatat că între atașamentul față de tradițiile poloneze și integrarea în societatea franceză există o corelație directă. După cum menționează S.Chelcea, prin comprehensiune am fi fost tentați să credem că atașamentul față de tradițiile din țara de origine reprezintă un semn al slabei integrări în societatea de adopțiune. Explicația este, însă, alta: succesul integrării imigranților depinde de sprijinul acordat de grupurile primare (familie, prieteni, vecini etc.). Atașamentul față de tradițiile societății de origine arată că persoanele respective aparțin grupurilor primare, care sunt capabile să susțină efortul de integrare a individului în societatea de primire. Or, a explica

înseamnă „a atribui un fapt principiului sau o teorie unei teorii mai generale”. În exemplul expus, faptul este *integrarea*, iar principiul – *dependența individului față de grupul primar*.

Principiul unității dintre cantitativ și calitativ impune folosirea convergentă a metodelor statistice și cazuistice. De exemplu, în cercetările empirice cazurile analizate sunt clasificate și tratate statistic, iar seriile statistice sunt ilustrate prin cazuri relevante. Astfel, imaginea despre realitate devine mai completă.

În fine, ***principiul unității dintre judecățile constatative și cele evaluative*** presupune responsabilitatea morală a cercetătorului, sprijinul valorilor înalt umaniste și a idealurilor naționale, sociologia liberă de valori fiind mai degrabă un deziderat decât o realitate¹.

Rigorile metodologiei cercetării socioumanului, prezentate aici, sunt valabile și pentru domeniul asistenței sociale. Asistența socială dispune, desigur, și de un șir de aspecte specifice de cercetare. Acestea, însă, nu o privează de dimensiunea/perspectiva metodologică în sensul adevărat al termenului.

Referindu-ne la literatura asistențială americană, observăm că metodologia este privită mai puțin ca un complex de teorii și principii ce structurează, după criterii logice și epistemologice, modalitățile de intervenție, și mai mult ca o colecție de metode și tehnici cu relevanță practică. Astfel, metodele asistenței sociale desemnează tipuri specifice de intervenție, a căror eficacitate a fost deja probată de o întreagă tradiție practică. Printre acestea sunt evidențiate mai întâi: „*social casework, social group work, community organization, administration in social work, research, policy și planning...*”. Prin metoda *social casework* sau modelul medical este desemnată practica utilizată de asistentul social în

¹ A se vedea: Chelcea S. *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative și calitative*, p.68-69.

sprijinirea preponderent psihologică (dar și relațională, educațională, economică etc.) a unui individ sau a unei familii. Metoda *social group work* (asistența socială de grup) constă în ajutorarea unui grup de persoane constituit pe criteriul comunității de interese sau al confruntării cu aceeași problemă; vizează dezvoltarea abilităților de comunicare și integrare, promovarea unui nou sistem de valori ale vieții comunitare, reorientarea energiilor grupului spre scopuri pozitive, limitarea comportamentelor deviate etc. *Community organization* (asistența socială comunitară) prevede ajutorarea indivizilor, grupurilor și comunităților care locuiesc în aceeași arie geografică sau care se confruntă cu aceleași probleme, pentru a ajunge la unificarea scopurilor și intereselor, precum și la elaborarea unor planuri menite să conducă la îndeplinirea scopurilor în cauză. Celelalte „metode” se referă la managementul asistenței sociale, la cercetarea în domeniu, la politicile sociale și la proiectarea activităților asistențiale pe termen lung¹.

Cele menționate, precum și examinarea unor lucrări în domeniu, creează impresia că asistența socială se află într-un stadiu în care preocuparea fundamentală vizează dimensiunea tehnic-normativă, că asistenții sociali au tendința de a căuta doar „rețete” de intervenție, moduri de a acționa, preocupându-se mai puțin (sau chiar deloc) de cadrele generale teoretico-epistemologice ale activității lor. În acest sens, Cristina De Robertis remarcă faptul că „profesiile asistențiale în Franța (și nu numai – *n.n.*) se limitează la a sistematiza propria lor experiență practică, prin utilizarea aproape exclusivă a demersului pragmatic, selectând ceea ce „merge”, pentru a distinge de ceea ce nu dă rezultatele scontate”².

¹ Bocancea C., Neamțu G. *Elemente de asistență socială*, p.103.

² De Robertis C. *Methodologie de l'intervention en travail social*, p. 77.

După cum se știe, asistența socială poate fi examinată din mai multe perspective. Una dintre ele se referă, potrivit Cristinei De Robertis, la asistența socială în termeni de „acte profesionale” (intervievarea beneficiarului, vizita la domiciliu, constituirea dosarelor beneficiarilor, inițierea demersurilor de ajutorare etc.); alta tratează asistența socială în termeni de rol și de funcție (rolul de informare, de ajutorare, de punere în relație, de mediere etc.). Există însă și o perspectivă metodologică ce depășește analizele centrate pe acte, roluri și funcții, încercând să le coreleze și să le sistematizeze, dintr-un unghi al logicii cunoașterii și acțiunii. Metodologia permite, după spusele autoarei evocate mai sus, „să distingem și să studiem „manierele de acțiune” în asistența socială, modul de a proceda potrivit unei ordini anume și urmând anumite principii...”¹. După cum menționează pe bună dreptate și cercetătorii C.Bocancea și G.Neamțu, în asistența socială există încercări evidente de construcție a metodologiei. Aceste încercări constau în recuperarea dimensiunilor teoretice și epistemologice ale practicii asistențiale, în schițarea unei logici generale a intervenției și în identificarea marilor metode asistențiale.

3.4. Clasificări ale metodelor asistenței sociale

Dezvoltarea și perfectarea metodelor și tehnicilor asistenței sociale este condiționată de însuși procesul activității practice de ajutorare a persoanelor în dificultate, de multitudinea problemelor cu care se confruntă acestea, de diversitatea categoriilor de beneficiari etc. Metodele asistenței sociale profesionale sunt variate și pot fi clasificate în dependență de mai multe criterii²:

¹ A se vedea: De Robertis C. *Methodologie de l'intervention en travail social*, p.79; Bocancea C., Neamțu G. *Elemente de asistență socială*, p.102-104.

² A se vedea: *Социальная работа: теория и практика* (отв. ред. Е.И.Холостова, А.С.Сорвина). –Москва, 2002, p.37-45.

- după direcțiile și formele asistenței sociale (metode organizaționale, sociopsihologice, sociopedagogice, sociomedicale, socioeconomice etc.);

- după obiectul asistenței sociale (metode individuale, de grup, comunitare sau, respectiv: asistența socială individualizată/personalizată, de grup, comunitară);

- după subiectul asistenței sociale (metode aplicate de un specialist aparte sau de un grup de specialiști, de colectivul serviciului social, de agențiile de supervizare a asistenței sociale).

Cât privește metodele evidențiate în dependență de obiectul asistenței sociale, menționăm că în literatura de specialitate devine populară utilizarea lor și în următoarea formulare:

- lucrul individual (asistent social – beneficiar);
- lucrul cu grupul (asistența socială a familiei, a altor categorii/grupuri de beneficiari);
- lucrul cu comunitatea (asistența socială comunitară, în mediul microsocal).

În continuare ne vom referi succint la esența acestor metode.

Metoda/modelul asistenței sociale individualizate sau ***lucrul individual*** reprezintă ajutorul oferit de către asistentul social nemijlocit beneficiarului/obiectului prin interacțiunea „unul la unul” sau „față în față”, când asistentul social împreună cu beneficiarul rezolvă problemele personale și sociale ale acestuia, cele de adaptare la condițiile noi de viață. Dintre problemele individuale întâlnite frecvent în practica asistenței sociale putem numi problemele emoționale, crizele personale, conflictele familiale, problemele de la serviciu sau de la școală, pierderea locului de muncă etc.

Metoda asistenței sociale individualizate presupune nu doar planificarea procedurii corespunzătoare de interacțiune. Ea înaintază și un șir de cerințe specifice față de rolurile asistentului social, cunoștințele pe care trebuie să le posedez despre beneficiar, toate acestea constituind condiții importante pentru eficiența lucrului în cadrul sistemului „unul la unul”.

Modelul general al activităților asistentului social în cadrul lucrului individual poate fi reprezentat, conform concepției *L.Johnson*, în forma unui sistem de acțiuni consecutive desfășurate în următoarele etape:

1. *Stabilirea legăturii cu beneficiarul și determinarea nevoii lui în servicii de asistență socială.* La această etapă asistentul social se poate ciocni de cazuri când persoana nu înțelege în ce constă problema sa și nu dorește să depună eforturi pentru a efectua schimbările necesare. În cadrul discuției asistentul social, prin argumente convingătoare, îi va demonstra beneficiarului existența acestei probleme. Dacă nici acum el nu o va conștientiza, atunci asistentul social îi va acorda posibilitatea să revină mai târziu, când va considera că problema trebuie discutată.

2. *Studierea și explicarea problemei.* Etapa dată începe când beneficiarul conștientizează că asistentul social într-adevăr îi poate fi de ajutor în situația creată. Între ei se stabilesc acum raporturi ce permit să fie identificate modalitățile de soluționare a problemei.

3. *Motivarea.* Asistentul social, împreună cu beneficiarul, va evalua și aprecia situația în care acesta s-a pomenit, va stabili diagnosticul psihosocial. Dacă beneficiarul nu va fi motivat pentru schimbare, aceasta nu se va realiza.

4. *Conceptualizarea problemei.* Asistentul social și beneficiarul coordonează scopul necesar de realizat, metodele

care vor fi utilizate, sarcinile care urmează a fi rezolvate pentru atingerea scopului stabilit. Ei împreună analizează diferite variante de soluționare a problemei, determină schimbările și intervențiile necesare de efectuat.

5. *Cercetarea strategiei de intervenție/soluționare a problemei.* Beneficiarul este implicat în această activitate pentru a-i ajuta să-și formuleze reușit acțiunile orientate spre schimbările dorite. Printr-un șir de recomandări, asistentul social și beneficiarul elaborează strategii comune de rezolvare a problemei, ținând cont de faptul că fiecare beneficiar este la fel de unic ca și problema lui, că ceea ce este important pentru unul poate să nu prezinte interes pentru altul.

6. *Alegerea strategiei.* În urma multiplelor discuții, aprecieri, generalizări asupra schimbărilor necesar de efectuat, va fi identificată posibilă modalitate de soluționare a problemei.

7. *Realizarea strategiei.* Interacțiunile dintre asistentul social și beneficiar se vor încununa de succes, dacă ambele părți își vor îndeplini toate responsabilitățile, toate angajamentele luate. În contextul celor expuse, menționăm că ajutorul oferit de asistentul social poartă un caracter contractual. Astfel, asistentul social și beneficiarul stabilesc o înțelegere, un acord cu privire la obligațiunile, sarcinile și scopurile procedurilor operaționale care trebuie realizate în procesul soluționării problemei de către ambele părți.

8. *Evoluția schimbării efectuate.* În cazul unei schimbări constructive, care trebuie să fie de lungă durată și stabilă, beneficiarul trebuie să obțină transformările preconizate în situația sa. Drept urmare, relațiile dintre el și asistentul social vor fi suspendate.

Cercetătorul rus *B.Șapiro*, făcând o analiză comparativă a abordărilor asistenței sociale individualizate, propune un model general al acesteia¹ (a se vedea *Figura 3.1*).

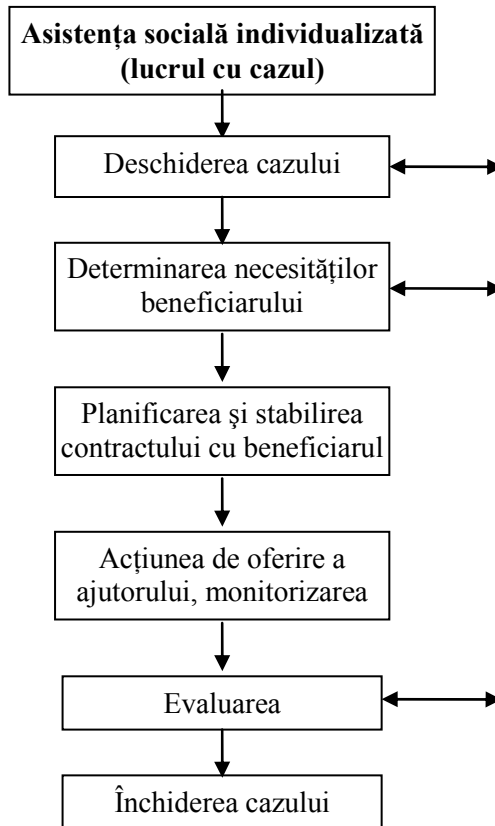


Fig. 3.1. Modelul general al managementului de caz.

În cadrul lucrului individual asistentul social va ține cont de faptul că beneficiarul are nu doar nevoi, probleme, dar și drepturi.

¹ Фирсов М.В. *Технология социальной работы*. –Москва, 2007, p.106.

El se va conduce, în interacțiunea cu beneficiarul, de principiile eticii profesionale: fiecare beneficiar este o entitate individuală, beneficiarul are dreptul la opinie; beneficiarul trebuie să fie acceptat de asistentul social; beneficiarul are dreptul la confidențialitate etc. Menționăm, însă, că în practica asistenței sociale au fost formulate și un șir de principii suplimentare care atenționează asistentul social la următoarele:

- niciodată să nu ajute o persoană pe care nu a văzut-o și cu care nu a discutat despre situația ei;
- niciodată să nu creadă că un om este absolut de neajutorat (cu excepția cazurilor când el este inconștient);
- să nu încerce să impună cu orice preț o persoană să se simtă mai bine;
- să nu primească decizii pentru o altă persoană și să nu încerce s-o convingă pe aceasta că alegerea lui este cea mai corectă¹.

Metodele asistenței sociale de grup/lucrul cu grupul presupune atât lucrul cu grupul de beneficiari în întregime (de exemplu, cu familia), cât și lucrul în interiorul grupului cu fiecare din membrii acestui grup. În cazul dat sunt studiate diferite domenii ale activității omului, ceea ce contribuie la o rezolvare mai eficientă a problemelor apărute. Conform abordărilor cercetătorului *G.Konopka*², lucrul social cu grupul este o metodă practică a asistenței sociale, care ajută persoana să-și lărgască propria funcționare socială, să-și dezvolte prin intermediul experienței orientate a grupului forțele proprii, necesare pentru

¹ A se vedea: Забадыкина Е. В. *Памятка социальному работнику // Социальные работники за безопасность в семье.* –Москва, 1999, p.142.

² Konopka G. *Social group work. A helping process.* –New Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, 1972, p.153.

soluționarea problemelor sale. Termenul „lucrul social/asistența socială de grup” a fost propus de G.Konopka și alți cercetători pentru a evidenția deosebirea acestei metode de lucrul psihoterapeutic de grup. Dacă în asistența socială de grup accentul se pune pe problemele ce țin de funcționarea socială, apoi în psihoterapia de grup atenția principală este concentrată asupra proceselor emoționale și psihologice ale oamenilor bolnavi. Astăzi, însă, se observă tendința de a aplica metodele psihoterapiei de grup în practica asistenței sociale de grup, ceea ce lărgeste cu mult hotarele acesteia.

Asistența socială de grup include diverse genuri de activitate:

- dezvoltarea grupului în întregime sau a unui individ în grup;
- dezvoltarea ajutorului reciproc și susținerii între membrii grupului;
- menținerea activității vitale a grupului;
- dezvoltarea autonomiei grupului etc.

Analizând specificul ajutorului social acordat unei persoane, prin posibilitățile grupului, *H.Perlman* menționa că individul devine membru al unui oarecare grup pentru a-și rezolva problemele sale importante și pentru a-și face relații deosebite¹.

În opinia autoarei, scopul principal al asistenței sociale de grup este de a depăși problemele și stresurile beneficiarilor prin:

- comunicarea de mediație între beneficiari;
- autoconștientizarea problemelor existente;
- aprecierea reală a propriilor probleme;
- acceptarea normelor și valorilor sociale.

¹ A se vedea: Perlman H. *Contemporary Social Work*. –New York, 1980, p.34.

Asistența socială de grup poate cuprinde și reuniuni de grupuri (familii), care au aceleași probleme. Există câteva teorii importante care reglementează metodele asistenței sociale de grup:

- *teoria câmpului* – privește grupul ca o comunitate de indivizi care au un anumit scop și interese interne ce se schimbă în dependență de situație;

- *teoria schimbului social* – presupune că oamenii, interacționând unii cu alții, așteaptă recompense, fiind gata, în schimb, să jertfească cu ceva;

- *teoria sistemelor sociale* – orientează spre studierea sistemelor în grupurile mici, susținerea tradițiilor din interiorul acestora și adaptarea la mediul lor;

- *teoria relațiilor* – consideră relațiile interpersonale ca factor de influență reciprocă a oamenilor. Cu referire la lucrul în grup, relațiile sunt privite ca legături stabile ce ajută beneficiarul să-și înțeleagă obligațiunile din interiorul grupului, să se învețe să conviețuiască împreună cu alți membri ai grupului, să-și formeze abilitățile necesare pentru menținerea distanței psihologice în procesul comunicării intergrupale;

- *teoria rolurilor* – indică la faptul că, în procesul interacțiunii interpersonale, individul însușește anumite modele de comportament ce corespund unor sau altor roluri. Această abordare înarmează asistentul social cu cunoștințe despre relațiile de rol, conflictele de rol etc. ce pot apărea în cadrul lucrului cu grupul;

- *teoria comunicării* – are la bază reprezentările despre schimbul dinamic de informație între subiecți. Comunicarea apare în calitate de instrument de realizare a obiectivelor lucrului în grup. Teoria comunicării permite asistentului social să identifice

obstacolele specifice, care împiedică funcționarea socială a subiectului, să elaboreze programe de dezvoltare a capacităților de exprimare a simțurilor și reprezentărilor individuale în comunicarea de grup.

Abordând problema clasificării asistenței sociale de grup, *M.Payne* evidențiază următoarele trei modele de bază care s-au stabilit în secolul XX:

- *Modelul clinic* – consideră în calitate de grup o totalitate de indivizi ce au nimerit într-o situație grea; lucrul în grup este concentrat asupra devierilor de comportament.

- *Modelul ajutorului reciproc* – ține de suportul intragrupal, când membrii grupului participă la elaborarea programelor de ajutorare împreună cu asistentul social.

- *Modelul orientat social* – este axat pe lucrul de activizare a diverselor grupuri de populație (tineretului etc.), pe lucrul în mediul microsocial. Este necesar să menționăm că asistența socială de grup capătă la etapa actuală tot mai mult un caracter multidisciplinar, esențială devenind dezvoltarea personalității beneficiarului pe baza experienței colective și a solidarității.

La metodele asistenței sociale de grup pot fi atribuite lucrul în echipă asupra diverselor probleme, procedurile diagnostice și corecționale, obiect al cărora sunt fenomenele psihosociale ce influențează comportamentul și activitatea oamenilor din diferite grupuri sociale, de asemenea, particularitățile psihice ale înseși acestor grupuri. În lucrul asistențial cu grupul sunt utilizate un șir de metode de cercetare psihosocială împrumutate din sociologie, precum:

- *Ancheta în bază de chestionar* cu scopul de a identifica opiniile, dispozițiile sociale, orientările valorice, particularitățile personale etc.;

- *Sociometria* – test pentru aprecierea legăturilor emoționale interpersonale în grup. Matricea sociometrică, alcătuită în rezultatul aplicării acestei proceduri, permite să ne reprezentăm structura relațiilor interpersonale din grup, să identificăm coeficienții sociometrici ai coeziunii de grup;

- *Referentometria* – mijloc de evidențiere a importanței/semnificației membrilor grupului pentru fiecare individ care face parte din acest grup;

- *Comunicometria* – mijloc de dezvăluire a locului fiecărui membru al grupului în sistemul comunicărilor interpersonale.

Un set aparte de metode în lucrul cu grupul îl constituie metodele ce presupun nu doar cercetarea sau diagnosticarea fenomenelor psihosociale, dar și optimizarea acestora, diminuarea aspectelor negative și consolidarea celor pozitive pentru dezvoltarea benefică a grupului în general și al indivizilor din grup, în particular. Dintre aceste metode menționăm:

- *Discuția în grup* – scopul este de a rezolva rapid și productiv problemele grupului, de a influența opiniile, pozițiile și dispozițiile participanților la discuție;

- *Jocul profesional* – presupune reconstituirea conținutului activității profesionale sau modelarea sistemului de relații, caracteristic pentru un gen sau alt gen de activitate practică;

- *Modificarea comportamentului social* – ține de formarea unor noi deprinderi de viață ce vor permite omului să se adapteze la mediul neobișnuit pentru el;

- *Trainingul sociopsihologic* – prevede aplicarea metodelor active de lucru cu scopul de a dezvolta comunicabilitatea.

Asistența socială de grup este binevenită în cazul când grupul dat de oameni este unit pe o bază benevolă și are probleme ce se referă la: poziția în viață; principiile ideologice; cultură și

învățământ; starea sănătății; vârstă, gen; starea socială; deprinderile de muncă; petrecerea timpului liber; caracteristicile psihologice individuale etc.

Metodele asistenței sociale comunitare/lucrul în comunitate (asistența socială în mediul microsocioal) țin de ajutorul/suportul profesional oferit indivizilor, grupurilor, colectivelor de oameni care trăiesc pe același teritoriu și au probleme comune.

Comunitatea reprezintă o entitate social-umană ai cărei membri sunt uniți prin valori și interese comune, locuiesc împreună pe același teritoriu și în aceleași condiții sociale și economice. Mediul microsocioal constituie o interacțiune complicată a unui șir de sisteme care se completează reciproc: economic, politic, de instruire, sociocultural și statal. În acest context are loc devenirea mediului microsocioal ca subiect specific ce posedă probleme specifice de funcționare socială. Asemenea scenariului de viață a personalității, comunitatea/mediul microsocioal își are istoria sa socială, problemele, crizele dezvoltării, valorile, normele, principiile de integrare și interacțiune cu alte instituții, structuri și grupuri sociale.

După R.Warren, mediul microsocioal/comunitatea îndeplinește următoarele funcții:

- de producție, distribuire și consum;
- de socializare;
- de control social;
- de participare socială;
- de suport reciproc.

Aceste funcții sunt orientate spre dezvoltarea atât a comunității, cât și a indivizilor, grupurilor aparte. În acest sens,

comunitatea/mediul microsocioal devine sfera în care se realizează toate funcțiile vitale ale omului în socium:

- se determină normele consumului și protecției, modelele comportamentului social necesar;
- se realizează controlul social al funcționării individului în socium prin intermediul sistemului de principii formale;
- se formează sistemul de susținere a individului prin diferite tipuri de organizații: religioase, obștești, specializate etc.

Problemele comunității sunt rezolvate prin forme organizaționale deosebite de cele din cadrul asistenței sociale individuale. Principiul „față în față” (sau „unul la unul”) este înlocuit în cazul dat prin principiul „ajutor prin intermediul structurii”. Reieșind din acesta, condițiile cele mai importante de acordare a suportului țin de programele de ajutorare și agențiile sociale. Se produc schimbări și în interacțiunile de rol al asistentului social, rolurile de bază în microsocium fiind cele de avocat, broker, expert, îndrumător social. Aceste roluri sunt determinate de necesitatea organizării colectivelor și grupurilor din comunitate și oferirii ajutorului acestora. Asistenții sociali trebuie să contribuie la activizarea dezvoltării comunității, la îmbunătățirea condițiilor ei de funcționare.

Principalele metode de lucru în cazul dat includ:

- diagnosticul social;
- prognozarea socială;
- planificarea socială;
- lucrul socioterapeutic;
- dezvoltarea sistemului de administrare teritorială;
- acțiunile de caritate etc.

Din perspectiva asistenței sociale, comunitatea reprezintă o sursă de îngrijire și control social. Deseori, nevoile individuale, care din anumite motive nu sunt soluționate de familie, primesc „un răspuns” din comunitate, aceasta din urmă posedând mecanismele necesare soluționării problemelor de ordin funcțional și relațional. În practica asistenței sociale rolul comunității este primordial. Prin ea se efectuează relația directă dintre cel ce „are nevoie” și prestatorii de servicii (agențiile de asistență socială, ONG-urile etc.). În comunitate există resurse neutilizate, a căror mobilizare ar putea fi de folos celor aflați în nevoie. Problema majoră în acest sens este de a identifica aceste resurse și de a le orienta spre beneficiar.

Mediul microsocial/comunitatea înaintează un șir de cerințe specifice față de competențele profesionale ale asistentului social, precum: capacitatea de a face cercetări științifice asupra fenomenelor sociale, psihologice, demografice, statistice etc., capacitatea de a analiza și interpreta corect informația obținută pentru a prezenta adecvat starea dezvoltării societății și problemele ei. Totodată, menționăm că intervenția operativă necesită competențe ce depășesc cadrul asistenței sociale. În alți termeni, ea necesită implicarea specialiștilor din diverse domenii. Spre exemplu, asistentul social poate întreprinde extirparea dependenței de alcool, droguri al unui grup din comunitate numai împreună, în echipă cu juristul, medicul, psihologul și psihoterapeutul. Fiecare specialist contribuie la soluționarea problemei cu cunoștințele, abilitățile și înputernicirile sale sociale¹.

Scopul principal al asistenței sociale în comunitate este de a crea o bază organizațională de cooperare a specialiștilor din teritoriu, precum și de a activa diferite grupuri de populație,

¹ Bulgaru M. (coord.). *Aspecte teoretice și practice ale asistenței sociale*. –Chișinău, 2003, p.155-205.

comune, sate sau asociații, ceea ce va permite să se obțină o nouă calitate a vieții din comunitate.

Un șir de metode pot fi utilizate atât la nivel de comunitate, cât și la nivel de grup. Dintre acestea fac parte:

Metoda biografică (sau metoda studierii documentelor personale) – permite să fie cercetate aspectele subiective ale vieții sociale. Diversele forme ale metodei biografice – interviul, mărturisirile rudelor, corespondența, fotografiile, povestirile despre viața proprie etc. permit să fie dezvăluite specificul experienței de viață a omului, felul realizării lui în procesul interacțiunii cu alți oameni, cu diferite grupuri sociale, gradul distanțării individului în grup, proprietățile caracterului, capacitățile individuale etc.

Cercetătorii francezi *Daniel Berto* și *Isabel Berto-Viam* au propus în calitate de instrument nou folosirea metodei biografice ca metodă a „istoriei familiei”, considerând că studierea istoriei familiei permite să fie dezvăluți mai clar factorii interni care influențează dezvoltarea și realizarea forțelor vitale ale omului, să fie evidențiate mecanismele transmiterii componentelor procesului de socializare (stilului, modelului de comportament, orientărilor valorice, pozițiilor în viață etc.)¹.

Metodele organizaționale – reprezintă modalitățile de rezolvare a problemelor cu caracter organizațional în domeniul asistenței sociale și se divizează în metode:

- organizațional-ordonatoare;
- organizațional-coordonatoare;
- organizațional-instructive;
- organizațional-tehnice etc.

¹ Berto Д., Berto-Вьям И. *Семейное владение и семья* // *Социологические исследования*, 1992, nr.12. p.123-140.

Metodele organizaționale fixează drepturile, împuternicirile, obligațiile și responsabilitățile organelor administrative ale protecției sociale, ale serviciilor sociale pentru rezultatul final al activităților întreprinse.

Metodele pedagogice – țin de oferirea de suport omului ca persoană aparte, precum și ca membru al sociumului în care are loc procesul socializării și orientării sociale. În literatura de specialitate sunt specificate câteva grupe de asemenea metode:

- metode orientate spre formarea conștiinței personalității (noțiunilor, judecăților, convingerilor, aprecierilor etc.);
- metode de organizare a activității de cunoaștere și practice, a comportamentului (diverse însărcinări, exerciții, situații educative etc.);
- metode de stimulare a activității și comportamentului pozitiv al individului (apreciere, încurajare, admonestare/dojenire, muștrare etc.).

Metodele psihosociale – reprezintă un complex de procedee, mijloace de interacțiune cu beneficiarii asistenței sociale, care, convențional, pot fi divizate în:

- *metode de investigare/cercetare psihologică* (observarea, experimentul);
- *metode de diagnosticare*, cea mai răspândită dintre ele fiind testarea, în cadrul căreia prin întrebări standardizate se studiază particularitățile individuale;
- *metode psihogenetice*, care dezvăluie originea particularităților psihologice individuale ale omului, rolul genotipului și al mediului înconjurător în formarea lor. Cea mai informativă este metoda gemenilor care permite să fie egalată maximal influența mediului asupra personalității;

- *metode longitudinale* – cercetarea sistematică și îndelungată a unui și aceluiași individ, ce permite să fie determinat diapazonul schimbărilor în fazele ciclului de viață;

- *metode prin care se cercetează drumul vieții* – studiază dezvoltarea individuală a omului de la naștere și până la moarte. Aceste metode se concentrează prioritar asupra perioadelor critice (crizelor) din viața omului, care sunt însoțite, de regulă, de restructurări psihice esențiale;

- *metode de ajutor psihologic* – țin de multiplicarea competențelor psihologice ale omului, de dezvoltarea resurselor existente sau de formarea altor noi, ce vor permite omului să rezolve problemele apărute, să depășească greutățile și crizele de viață (metode psihoterapeutice, de reabilitare, psihoprofilaxie etc.);

- *metode polifuncționale* – presupun necesitatea schimbării conținutului și formei lucrului în dependență de scopul și obiectivele asistenței sociale. Convențional, la aceste metode pot fi atribuite:

- conversațiile (interviurile), prin care se obține informație despre o persoană, se stabilește contactul, diagnoza psihologică și, de asemenea, se oferă ajutor psihologic; se contribuie la autoconștientizarea de către beneficiar a propriilor dificultăți, a motivelor ascunse ale comportamentului său etc.;

- analiza rezultatelor activității (desenelor, expresiilor grafice de diferite tipuri, testelor în scris și oral, operelor de artă, declarațiilor, afirmațiilor etc.);

- modelarea (obținerea informației despre procesele psihice, starea și comportamentul omului prin intermediul modelelor matematice, sociale și de alt gen, care în cazul dat înlocuiesc sau reprezintă sistemul supus studierii).

Metodele socioeconomice – constituie o totalitate de procedee și mijloace cu ajutorul cărora sunt întreprinse acțiuni ce țin de interesele și necesitățile oamenilor, de determinarea căilor de satisfacere a acestora: stabilirea ajutorului în natură și financiar, a înlesnirilor, alocațiilor categoriale și unice, a sancțiunilor etc. Scopul acestor metode este de a forma normative sociale optimale, de a crea un sistem de protecție socială eficient, de a spori mobilitatea socială, rezultatele pozitive ale serviciului social de stat. În asistența socială își găsesc aplicare un șir de astfel de metode: metode statistice, matematice, metoda balanței, indicelui etc.

Metodele enumerate, precum și un șir de alte metode de cercetare, utilizate în cadrul asistenței sociale, permit să fie conturate și mai convingător semnificația ei metodologică și de disciplină științifică.

Întrebări de recapitulare

1. Explicați în ce constă esența asistenței sociale ca știință.
2. Care sunt componentele structurale ale asistenței sociale ca știință?
3. În ce constă specificul obiectului și subiectului asistenței sociale?
4. Analizați principiile și legitățile de bază ale asistenței sociale.
5. În ce constă dimensiunea metodologică a asistenței sociale?
6. Evidențiați criteriile de clasificare a metodelor asistenței sociale.
7. Dezvăluiți esența asistenței sociale individualizate.
8. Analizați principalele metode psihosociale aplicate în lucrul cu grupul.
9. Identificați principalele metode de lucru cu comunitatea.
10. În ce constă caracterul interdisciplinar și integrativ al asistenței sociale?

Bibliografie selectivă

1. *Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova.* –Chișinău, 2008.
2. Bocancea C., Neamțu G. *Elemente de asistență socială.* –Iași: Polirom, 1999.
3. Bulgaru M. (coord.). *Metode și tehnici în asistența socială.* –Chișinău, 2002.
4. Bulgaru M. (coord.). *Aspecte teoretice și practice ale asistenței sociale.* –Chișinău, 2003.
5. Butrym Z. *The Nature of Social Work.* –London: Macmillan, 1976.
6. Buzducea D. *Aspecte contemporane în asistența socială.* –Iași: Polirom, 2005.
7. Chelcea S. *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative și calitative.* –București, 2004.
8. Cojocaru Șt. *Metode apreciative în asistența socială.* –Iași, 2005.
9. Cojocaru Șt. *Proiectul de intervenție în asistența socială.* –Iași, 2006.
10. *Contemporary social work.* –New York, 1980.
11. Craib I. *Modern Social Theory.* –Brighton, 1984.
12. Dominelli L. *Social Work. Theory and practice for a changing profession.* –Cambridge: Polity Press, 2004.
13. Hepworth D.H., Larsen J.A. *Direct Social work Practice. Theory and Skills.* –Belmont, California, 1990.
14. Hoffman K.S., Sallee L.A. *Social Work Practice: bridges to change.* –USA MA: Allyn and Bacon, 1994.
15. Hollis F. *Casework: Psychosocial Therapy.* –New York, 1964.
16. Howe D. *Attachment Theory for Social Work Practice.* –Basingstoke: MacMillan, 1995.
17. Howe D. *Introducere în teoria asistenței sociale.* –București: UNICEF România, 2001.
18. Iluț P. *Abordarea calitativă a socioumanului.* –Iași, 1997.
19. Johnson L.C. *Social Work Practice.* –Boston: Allyn, Bacon, 1983.
20. Konopka G. *Social group work. A helping process.* –New Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, 1972.
21. Malcolm P. *Modern Social Work Theory.* –London, 1994.

22. Miftode V. *Acțiune socială în perspectivă interdisciplinară*. –Baia Mare, 1998.
23. Miftode V. *Fundamente ale asistenței sociale*. –București, 1999.
24. Miftode V. *Teorie și metode în asistența socială: elemente introductive*. –Iași, 1994.
25. Morales A.T., Sheafor B.W. *Social Work. A Profession of Many Faces*. –Boston: Allyn and Bacon, 1998.
26. Mowrer O. *The New Group Theory*. –Reinhold: Princeton, 1964.
27. Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*. –Iași: Polirom, 2003.
28. Neamțu G., Stan D. (coord.). *Asistența socială. Studii și aplicații*. –Iași, 2005.
29. Offer J. *Social Workers, the Community and Social Interaction*. –London and Philadelphia, 2005.
30. Payne M. *Modern Social Work Theory: a Critical Introduction*. –London, 1991.
31. Roth–Szamosközi M. *Perspective teoretice și practice ale asistenței sociale*. –Cluj-Napoca, 2003.
32. Smalley R. *Social Casework: The Functional Approach // Enciclopedia of Social Work*, 1972.
33. Sullivan Th.J. *Methods of Social Research*. –New York, 2001.
34. *Theories of Social Casework*. –Chicago: University of Chicago Press, 1970.
35. Tutty L.M., Rothery M.A., Grinnell R.M. *Cercetarea calitativă în asistența socială*. –Iași, 2005.
36. Van Wormer K. *Social Welfare. A World View*. –Chicago, 1997.
37. Warren R. *The Community in America*. –Chicago, 1963.
38. Zamfir C., Stănescu S. (coord.) *Enciclopedia dezvoltării sociale*. –Iași: Polirom, 2007.
39. Бернлер Г., Юнссон Л. *Теория социально-психологической работы*. –Москва, 1992.
40. Гуслякова Л.Г., Холостова Е.И. *Основы теории социальной работы*. –Москва, 1997.
41. Доэл М., Шадлоу С. *Практика социальной работы*. –Москва, 1995.
42. Ковалев В.Н. *Социология социальной сферы*. –Москва, 1992.

43. Козлов А.А. *Социальная работа за рубежом: состояние, перспективы, тенденции.* –Москва, 1998.
44. Курбатов В.И. *Социальная работа.* –Москва, 2007.
45. *Методология социальной работы.* –Москва, 1994.
46. *Основы социальной работы* (отв. ред. П.Д.Павленок). –Москва, 1997.
47. *Основы теории и практики социальной работы.* –Барнаул, 1994.
48. Соколов А.В. *Общая теория социальной коммуникации.* –СПб, 2002.
49. Сорвина А.С. *Социальная работа как феномен цивилизованного общества.* –Москва, 1994.
50. *Социальная работа* (отв. ред. В.И. Курбатов). –Москва, 2000.
51. *Социальная работа: теория и практика* (отв. ред. Е.И.Холостова, А.С.Сорвина). –Москва, 2002.
52. *Теория и методика социальной работы* (в 2-х томах). –Москва, 1994.
53. *Теория и методология социальной работы.* –Москва, 1994.
54. *Теория и практика социальной работы: проблемы, прогнозы, технологии.* –Москва: РГСИ, 1992.
55. *Теория социальной работы* (отв. ред. Е.И.Холостова). –Москва, 1998.
56. *Технология социальной работы* (отв. ред. А.А.Чернецкая). –Ростов-на-Дону, 2006.
57. Фирсов М.В., Студенова Е.Г. *Теория социальной работы.* –Москва, 2001.
58. Фирсов М.В. *Введение в социальную работу.* –Москва, 2006.
59. Фирсов М.В. *Технология социальной работы.* –Москва, 2007.
60. Холостова Е.И. *Социальная работа.* –Москва, 2007.
61. *Энциклопедия социальной работы* (в 3-х томах). –Москва: Центр общечеловеческих ценностей, 1993-1994.

Capitolul IV

FUNDAMENTE TEORETICE ALE ASISTENȚEI SOCIALE

4.1. Asistența socială în sistemul științelor

Asistența socială, ca disciplină științifică, după cum am menționat anterior, posedă un caracter integrativ, modelele adoptate de ea provenind din orientările de bază ale psihologiei, sociologiei, pedagogiei, antropologiei, dreptului, medicinei, economiei etc. Cunoștințele din aceste domenii constituie repere importante, la care asistentul social se raportează când analizează problemele persoanelor în dificultate, stabilește activitățile de recuperare și tehnicile eficiente de schimbare a situațiilor. Să vedem, deci, în ce constă legătura asistenței sociale cu câteva din cele mai importante științe, care oferă sisteme de înțelegere a fenomenelor sociale.

O parte semnificativă din cunoștințele teoretice ale asistenței sociale își au originea în **sociologie**. Sociologia este știința despre societate ca sistem integru și despre instituții, procese, grupuri sociale aparte: familii, copii, persoane delincvente, persoane în vârstă etc. Sociologia studiază legitățile fenomenelor și structurilor sociale, influențele lor asupra oamenilor, oferă modalități de stabilire a legăturilor între diferite componente ale sistemului social, de la cele mai impersonale politici și organizații la atitudinile umane. Sociologia ajută asistentului social să se orienteze mai bine în socium, adică să înțeleagă ce reprezintă prin sine o societate concretă și grupele de oameni protejate insuficient. Cunoștințele dobândite în sociologie înzestreașă asistentul social cu metode specifice de cercetare a

problemelor sociale interpersonale. E știut, de exemplu, că o abilitate dintre cele mai importante a specialistului în asistență socială ține de interviuare (interviul fiind considerat o metodă tradițională a sociologiei), care presupune cunoașterea mecanismului de a comunica cu oamenii ce au o problemă sau alta, pentru ca aceștia să se deschidă, să aibă încredere în specialist, să se simtă în siguranță. Acumulând informația și analizând-o, asistentul social elaborează planul de acțiune, de intervenție, asigurând în felul acesta o abordare științifică a problemei.

Un alt exemplu relevant cu privire la faptul că investigațiile în asistența socială se bazează pe datele și metodele de cercetare sociologică a realității sociale îl constituie alcătuirea biografiei sociale a indivizilor din grupele de risc. În această activitate, pe larg utilizată în asistența socială, sunt folosite, de regulă, datele interviurilor, anchetelor, documentelor de arhivă și ale altor metode de culegere a informației, care se aplică tradițional în sociologie.

Începând cu anii '20 ai secolului al XX-lea se produce un proces rapid de specializare a sociologiei. Astfel, se dezvoltă un șir de sociologii ramurale: sociologia familiei, orașului, satului, tineretului etc. Toate aceste compartimente sunt de importanță semnificativă pentru asistentul social, dar cel mai mare interes îl prezintă sociologia familiei. Nu întâmplător această disciplină ocupă un loc deosebit în curricula universitară de pregătire a asistenților sociali.

Studierea modului de viață normal, precum și a celui deviant, al diferitelor familii este la fel de important atât pentru un sociolog, cât și pentru un asistent social. În calitate de fundamente pentru oferirea de sprijin familiilor în dificultate servesc: 1) venitul pe membru de familie, ținându-se cont de coșul minim de existență; 2) numărul de copii și de persoane întreținute;

3) sănătatea membrilor familiei; 4) încadrarea în câmpul muncii a membrilor familiei apti de muncă; 5) prezența locuinței, depunerilor bancare, loturilor de pământ; 6) statutul social al membrilor familiei etc.

Tradițional, analiza științifică a problematicii situațiilor vulnerabile se axează în asistența socială pe analiza sociologică. Astfel, se investighează: în ce măsură aceste situații prezintă un pericol pentru viață; capacitatea aparatului administrativ de a primi decizii de rezolvare a problemelor și de a controla îndeplinirea acestora; comportamentul diferitelor grupuri de populație și informarea lor cu privire la situațiile de risc în care se află; dezvoltarea infrastructurii de importanță vitală (transport, comunicație, asigurare cu produse alimentare etc.); prejudiciile, pagubele aduse populației etc.

Dintre principiile sociologice cele mai importante de care trebuie să se țină cont în soluționarea problemelor de asistență socială menționăm următoarele:

- în societate indivizii trăiesc în structuri sociale organizate ierarhic, ei deosebindu-se în dependență de poziția ocupată în ierarhia socială;
- stratificarea socială exprimă diferențele dintre grupurile sociale în funcție de venit, putere, prestigiu, mod de viață etc. (de regulă, grupurile minoritare se află pe poziții mai joase în ierarhia puterii. De asemenea, femeile, care constituie circa jumătate din populație, au și ele, în medie, venituri și poziții sociale mai scăzute decât bărbații);
- între elementele diferitelor straturi și structuri sociale există o anumită mobilitate socială, care permite unui individ ca

pe parcursul vieții sale să poată trece de la un statut social la altul¹.

Menționăm, în cele din urmă, că cunoștințele din domeniul sociologiei sunt importante pentru asistentul social, dar ele nu le substituie pe cele din asistența socială.

O serie de abordări în asistența socială se axează pe teorii provenite din **psihologie**. Psihologia studiază legitățile dezvoltării și funcționării psihicului ca formă specifică de activitate vitală. Psihicul constituie lumea internă subiectivă a omului, care se manifestă în procesul interacțiunii active a omului cu lumea externă, în formă de reprezentări, gânduri, sentimente și fapte. În alți termeni, comportamentul omului totdeauna este condiționat de acțiunea lumii obiective. Reflectând lumea exterioară, omul nu doar cunoaște legile dezvoltării naturii și a societății, dar și le influențează, în vederea adaptării lor pentru o mai bună satisfacere a necesităților sale materiale și spirituale.

Fiecare individ posedă structura sa psihică: procese cognitive (reprezentări, percepție, memorie, gândire, imaginație etc.), procese afective, motivaționale (trebuințe, interese, emoții, sentimente), precum și procese voliționale, prin care persoana își fixează scopuri, se mobilizează să depășească obstacolele și își planifică activitatea. Fenomenele psihice de bază fiecare din noi le poate descoperi direct/nemijlocit la el însuși, iar indirect – le poate observa la alți oameni. Într-un anumit sens, fiecare om este un psiholog. Chiar dacă nu am studiat psihologia, noi utilizăm astfel de concepte, precum „memorie”, „așa este caracterul lui”, „nu este atent” etc.; de asemenea, putem determina dispoziția celui din preajmă după semnele exterioare: gesturi, expresia feței

¹ A se vedea: Hoffman K.S., Sallee L.A. *Social Work Practice: bridges to change*. –USA MA: Allyn and Bacon, 1994; Roth-Szamosközi M. *Perspective teoretice și practice ale asistenței sociale*, p.77.

etc., ținând cont de informația respectivă în comunicare. Aceste cunoștințe psihologice sunt însă destul de vagi, adesea chiar greșite, lipsite de argumente convingătoare, din care cauză nu pot servi în calitate de fundamente sigure în lucrul cu beneficiarii. Activitățile asistențiale trebuie să fie axate pe un bagaj vast de cunoștințe științifice despre psihicul omului, care vor permite să fie prognozat comportamentul lui într-o situație sau alta. Cunoștințele științifice se deosebesc de cele cotidiene prin capacitatea de a demonstra cauzele reale ale fenomenelor, de a le verifica prin experiență și analiză logică.

Psihologia secolului al XX-lea și-a lărgit într-o măsură semnificativă hotarele cercetării, acordând o atenție deosebită nu pur și simplu psihicului uman, dar legităților și mecanismelor lui de dezvoltare și descompunere, psihologiei grupurilor, societăților etc. Psihologia ajută oamenii să-și înțeleagă viața, să-și realizeze individualitatea, să-și dezvolte forțele vitale, să-i ajute pe cei neputincioși. Multe abordări și teorii din asistența socială s-au stabilit în anumite orientări, bazându-se pe anumite concepții psihologice. De exemplu, psihanaliza a constituit fundamentul teoriei diagnostice a asistenței sociale. Teoria diagnostică, la rândul său, a devenit prevestitorul apariției asistenței psihosociale individuale. În ultimele decenii, o importanță deosebită pentru strategiile asistenței sociale au căpătat ideile psihologiei umaniste, în special cele despre motivația intrinsecă a oamenilor să-și dezvolte propriile potențialități și capacitatea de a-și rezolva propriile probleme, promovate de *A.Maslow* și *C.Rogers*. *C.Rogers* a identificat „condițiile facilitatoare, necesare și suficiente ale schimbării personalității” (căldura, acceptarea, respectul, autenticitatea și responsabilitatea față de beneficiar).

Contribuțiile principale ale psihologiei la dezvoltarea asistenței sociale țin de câteva principii de bază:

- recunoașterea complexității personalității umane ca ființă biologică, cognitivă, emoțională, volițională;
- recunoașterea importanței învățării, a necesității unui climat care să ofere posibilitatea acumulării experienței necesare dezvoltării fiecărei ființe umane;
- personalitatea umană se dezvoltă din punct de vedere emoțional, cognitiv și moral în mod stadial pe tot parcursul vieții, în pofida unor crize specifice fiecărui stadiu;
- fiecare persoană este unică, fiecare își trăiește propriile experiențe, care nu pot fi trăite sau reproduse identic de către alte persoane, indiferent de similaritățile mediului lor de viață¹.

Pentru a evidenția deosebirile dintre asistența socială și psihologie, este necesar să menționăm că prima studiază relațiile dintre oameni și mediul social al acestora, nu se concentrează doar pe indivizi, după cum procedează psihologii.

Asistența socială este înrudită și cu *psihiatria*, care studiază dezvoltarea interioară a omului, încearcă să explice factorii care impun indivizii să gândească, să se comporte într-un fel sau altul.

Asistenții sociali, în special cei care vor lucra cu persoane cu diferite dizabilități, trebuie să posede și suficiente cunoștințe în domeniul *medicinii*.

O legătură strânsă există între asistența socială și *pedagogie*. Pedagogia ne apare ca o componentă esențială a asistenței sociale prin faptul că toate problemele ce țin de socializare, de relațiile în grup, dezvoltarea personalității, a capacităților acestora pentru autoajutorare etc. implică în soluționarea lor și metode pedagogice. Drept urmare, bazele

¹ A se vedea: Hoffman K.S., Sallee L.A. *Social Work Practice: bridges to change*; Roth-Szamosközi M. *Perspective teoretice și practice ale asistenței sociale*, p.75.

pedagogice ale asistenței sociale includ elemente ale teoriei pedagogice despre principiile, conținutul, metodele, căile și mijloacele de acțiune/influență pedagogică. Pedagogia intră în asistența socială prin funcțiile sale educative, căci soluționarea problemelor beneficiarilor depinde în mare măsură de educația lor. Pedagogiei îi aparține rolul principal în stabilirea căilor și mijloacelor de formare a personalității subiecților asistenței sociale.

Asistența socială poate fi reprezentată ca un proces de instruire, în cadrul căruia beneficiarii sunt înzestrați cu cunoștințele și deprinderile necesare pentru formarea comportamentului social, includerea în sistemul relațiilor materiale (de producție) și sociale. Realizând diverse instructaje, asistentul social stimulează activismul, independența beneficiarului, obține încrederea din partea acestuia. Cât de complicate ar fi condițiile lucrului educativ, totdeauna pot fi găsite metode, factori, anumite calități umane etc., care vor contribui la rezolvarea pozitivă a problemelor resocializării, reeducării și formării mecanismelor de autoprotecție.

Un element pedagogic important al asistenței sociale ține de formarea valorilor umaniste, care determină concepția omului dispus spre colaborare, spre a primi și a oferi ajutor. Pedagogia va contribui în plan final la obținerea unui comportament social adecvat, la includerea persoanelor în dificultate într-un proces continuu de învățare cum să-și rezolve problemele, iar, drept urmare – la redobândirea sensului vieții.

În contextul celor expuse prezintă interes raportul dintre asistența socială și *pedagogia socială*. În unele țări europene (Germania) pedagogia socială este pusă pe aceeași treaptă cu asistența socială. Cu toate că aceste discipline se intersectează în multe privințe (activități comune, precum: adaptarea socială,

corecția socială, reabilitarea socială etc.), totuși ele nu sunt identice. După cum menționează *Asun Liene Berne* (șeful catedrei Pedagogie Socială a Universității din Barcelona, Spania), pedagogia socială este o știință prin care „studiem cum să-i învățăm pe oameni să trăiască în comunitatea lor, cum să le dăm instrumentele necesare pentru a se integra în societate, cum să-i pregătim nu doar învățându-i istorie, matematică etc., ci și cum să-și facă relații unii cu alții, să fie capabili să înțeleagă ceea ce studiază, să aibă diferite poziții în societate”¹. Această disciplină se referă la procesul învățării: înseamnă a învăța cum să reacționezi și să te comporți sub presiunea sistemului, cum să te socializezi în cadrul comunității din care faci parte.

Asistentul social și educatorul social cooperează în cadrul serviciilor sociale, căutând împreună resursele necesare pentru beneficiar, dar fiecare din ei își are rolul său. Deosebirea majoră dintre cele două profesii ține de obiectivele și metodologia fiecăreia. Astfel, obiectivul asistentului social este de a face o diagnoză a situației și de a căuta resursele necesare pentru a rezolva problema beneficiarului. Educatorul social urmărește să dezvolte posibilitățile și abilitățile beneficiarului de a controla situația în care se află la un moment dat; beneficiarii sunt învățați să trăiască în comunitatea/societatea în care trebuie sau sunt nevoiți să trăiască.

Pedagogia socială poate fi privită ca unul din fundamentele principale ale asistenței sociale și ca o disciplină care contribuie la formarea asistenței sociale profesioniste. În același timp, menționăm că asistența socială include un spectru mult mai variat de activități, orientate spre soluționarea celor mai diverse

¹ A se vedea: *Revista de Asistență Socială*. –București, 2002, nr.2, p.102-108; Василькова Ю.В., Василькова Т.А. *Социальная педагогика*. –Москва, 2007.

probleme ale beneficiarului (economice, psihologice, comportamentale etc.), pe când pedagogia socială are ca priorități sarcini pedagogice, adică activități orientate spre dezvoltarea potențialului uman al beneficiarului. Asistența socială posedă, deci, un conținut mai larg decât pedagogia socială. Ea își coboară începuturile în conceptul de „lucru pentru schimbare”. Or, asistența socială este un gen de activitate orientată spre schimbarea socială. Din această perspectivă, asistența socială ne apare ca un mijloc activ de diminuare a conflictelor sociale, desigur, cu atât mai eficient, cu cât statul și societatea conștientizează într-o măsură mai mare importanța ei în soluționarea problemelor sociale.

O altă disciplină adiacentă, necesară pentru profesia de asistent social, este **dreptul**. Fără o bună cunoaștere a actelor legislative, a fundamentelor teoretice și practice ale dreptului familiei, dreptului civil și penal etc., este imposibil de a-i oferi beneficiarului o consultație de calitate, de a-l ajuta să-și rezolve problemele, de a-i promova interesele.

Conținutul multiaspectual al activității asistentului social se extinde și asupra **sferei administrării**. Iată de ce managementul serviciilor sociale, al resurselor umane etc., de rând cu alte discipline, ocupă un loc important în pregătirea specialiștilor în domeniul asistenței sociale.

Merită o atenție deosebită, de asemenea, interacțiunea asistenței sociale cu **antropologia** – știință ce studiază omul, în special formele timpurii ale organizării socioculturale a societății, tradițiile, traiul, modul de viață al comunităților, etnosurilor. O verigă principală care unește asistența socială cu antropologia ține de recunoașterea importanței diferențelor culturale și etnice. Indivizii și familiile din grupurile minoritare se deosebesc adesea, prin comportamentul lor, de persoanele ce aparțin la cultura

dominantă. Desigur, aceasta nu înseamnă că diferențele culturale pot explica, prin ele însele, diferențele socioeconomice și educaționale între etniile minoritare și majoritare. Perceperea adecvată a relațiilor dintre etnicitate, rasă și apartenență la o anumită clasă sau stare socială reprezintă un principiu esențial de care depinde reușita lucrului asistentului social.

Asistența socială se află în strânsă legătură și cu *ecologia*, dat fiind că este focalizată pe individ și mediul ambiant. Ecologia contribuie la stabilirea modelului de raportare a omului la natură, la mediul în care trăiește. Pentru aceasta sunt necesare cunoștințe nu numai în domeniul sociologiei și psihologiei, dar și în cel al biologiei, care ajută să fie descoperit mecanismul funcționării organismului uman, inclusiv a proceselor reproductive, influența factorilor genetici asupra comportamentului indivizilor etc. Înțelegerea tuturor acestor fenomene este extrem de importantă pentru activitatea profesionistă a asistentului social.

Nu poate fi ignorată nici legătura asistenței sociale cu *filosofia*. Orice persoană își pune un șir de întrebări care pot fi considerate întrebări filosofice: Ce este omul și care este locul lui în lume și în societate? În ce constă sensul vieții? Încotro merge lumea contemporană: se dezvoltă ea spre trepte mai superioare sau se rostogolește spre pieire? Cum pot fi păstrate idealurile și valorile umaniste? Este necesară oare pedeapsa cu moartea? etc. Toate aceste întrebări și multe altele țin în esență de problema omului – problemă fundamentală a filosofiei.

Spre perfecționarea raporturilor dintre om și lumea care îl înconjoară este orientată, după cum se știe, și întreaga activitate a asistentului social. Asistența socială ca știință nu poate fi redusă doar la o totalitate de argumente, raționamente și recomandări cu privire la necesitatea protecției unor grupuri de indivizi. Suportul, protecția persoanelor în dificultate constituie domenii importante

ale asistenței sociale ca activitate practică și ca știință, dar esența ei este mult mai profundă și poate fi înțeleasă de pe poziții sociale mult mai ample, adică referindu-ne la întregul spectru de relații sociale în care sunt încadrați beneficiarii. Scopul fundamental al asistenței sociale, după cum s-a mai spus, este de a armoniza întregul sistem de relații – în familie, colectiv, comunitate, societate în întregime. Prin necesitatea abordării holistice, integrative a mediului social în care se află individul, asistența socială intră în spațiul generalizărilor filosofice. De altfel, ea și operează cu un întreg arsenal de categorii filosofice: om, cultură, socium, libertate, umanism, contradicție, activitate socială, mod de viață, obiect, subiect, tabloul lumii etc. Filosofia ne apare ca un fundament metodologic al asistenței sociale, dat fiind că ea definește principiile generale de înțelegere a problemelor ce stau în fața omului, de raportare a omului la alți oameni și la propria sa existență, la propriile forme de activitate vitală și protecție.

În cele din urmă menționăm că asistența socială interacționează și cu un șir de alte științe, precum sunt **științele politice** (studiază procesele, legitățile, structura administrării de stat și instituțiile puterii), **științele economice** (studiază producția, consumul și distribuirea bunurilor) și altele, toate acestea determinând-o să constituie un domeniu integrativ al cunoașterii.

Un interes deosebit prezintă legătura nemijlocită dintre asistența socială și **politica socială**. Actualmente, politica socială este concepută ca un sistem de măsuri orientate spre optimizarea dezvoltării sociale, armonizarea relațiilor dintre grupurile sociale, crearea condițiilor optime de funcționare normală a fiecărui om. Tot mai mult ea este înțeleasă și ca o coordonare a activităților instituțiilor sociale și grupurilor sociale în ceea ce privește intensificarea acțiunilor de autoprotecție a diferitelor segmente de populație, în special a celor ce se pomenesc în situații complicate,

de ajutorare a celor ce nu pot sa-și rezolve problemele prin forțe proprii.

La fiecare etapă de dezvoltare politica socială este centrată pe anumite priorități: regularea veniturilor populației, asigurarea cu locuri de muncă, cu locuințe, protecția socială a persoanelor, grupurilor, comunităților defavorizate (familii cu mulți copii, șomeri, persoane cu dizabilități, pensionari, copii orfani, abandonați etc.), dezvoltarea parteneriatului social etc. Aceste priorități ale politicilor sociale servesc, la rândul lor, în calitate de fundamente pentru stabilirea domeniilor principale ale asistenței sociale. Evident că asistența socială constituie o formă, un mijloc de realizare a politicii sociale, având ca obiectiv principal suportul și ajutorarea celor mai „slabi”, mai dezavantajați. Politica socială și asistența socială se află într-un raport de interdependență, dar prin conținutul său asistența socială este mai bogată, mai dinamică. Politica socială are un caracter mai stabil, constituind, în interacțiunea sa cu asistența socială, latura determinantă.

Interdependența dintre asistența socială și politica socială se conține explicit în dezvoltarea conceptului de „*stat social*”, fixat în constituțiile mai multor țări, de exemplu, a Germaniei. În țările anglo-saxone este utilizat termenul de „*stat al bunăstării*”. Statul social, precum și statul bunăstării exprimă datoria statului de a se îngriji de bunăstarea cetățenilor săi, de a asigura un trai decent și protecție socială celor mai defavorizate grupuri și categorii de populație. Politica socială și asistența socială reprezintă mecanismele principale prin care statul social/statul bunăstării asigură stabilitatea societății.

În concluzie menționăm că în prezent o importanță tot mai mare capătă abordările complexe, interdisciplinare ale problemelor sociale, cu ieșire în prognozarea și modelarea dezvoltării proceselor sociale, prin urmare, cu posibilități de determinare a

căilor optime de soluționare a contradicțiilor și conflictelor. Sub semnul unor asemenea caracteristici se află și cercetările din domeniul asistenței sociale.

4.2. Rolul și funcțiile teoriei în asistența socială

Orice acțiune întreprinsă de asistentul social în contextul activității sale profesionale este de neconceput fără cunoașterea teoriei. Teoria îl ajută să definească problema, cazul pe care îl are de soluționat, să-i găsească sens și explicație, fie conferă o semnificație faptelor și „situațiilor sociale”. Teoria îl ajută să reducă cât mai mult posibil imprecizia, starea de nesiguranță și, prin aceasta, de dependență în raport cu ceilalți factori sociali. Numai cu ajutorul teoriei faptele, fenomenele, diferitele situații sociale devin inteligibile, iar noi trăim sentimentul că știm unde ne aflăm și că lucrurile par mai puțin încurcate.

În asistența socială își găsesc aplicare o serie de teorii care provin din sociologie, psihologie, pedagogie și alte științe. Cu timpul, pe măsura dezvoltării profesiei de asistent social, asistența socială și-a elaborat teoriile sale proprii. Teoriile specifice ale asistenței sociale au apărut relativ târziu, datorită faptului că își au originile în practica profesională, precum și pentru că asistența socială ca profesie și ca știință s-a format în epoca modernă. Oricum, reușita rezolvării unei probleme a persoanei defavorizate este direct proporțională cu profesionalismul asistentului social, care implică nu doar o pregătire practică, dar și o cunoaștere a teoriilor. Ba mai mult, buna cunoaștere a teoriilor va spori semnificativ eficiența intervențiilor practice. Teoriile oferă „definiții de lucru” referitoare la lumea înconjurătoare, cu ajutorul cărora noi înțelegem această lume. Strâns legată de nevoia de a înțelege și de a explica este nevoia de a prognoza. Dacă vrem să înțelegem lumea și să o conformăm scopurilor noastre, spune

D.Howe¹, atunci trebuie să știm ce urmează să se întâmple, să calculăm efectele anumitor acțiuni, dacă acestea ar fi introduse, produse sau modificate. Prognozele sunt cruciale atunci când dorim să controlăm producerea evenimentelor.

Teoria prezintă, prin conceptele și formulările sale, o viziune organizată asupra fenomenelor. Propunând o ordine și stabilind relațiile dintre fenomene, teoriile îi ajută pe cei ce le folosesc să întreprindă patru acțiuni care să le faciliteze înțelegerea lumii înconjurătoare:

1. Să descrie.
2. Să explice.
3. Să prognozeze.
4. Să controleze și să determine.

Este evident că în activitatea lor asistenții sociali vor întreprinde toate cele patru demersuri: ei vor descrie și explica comportamentele persoanelor asistate, vor face previziuni cu privire la desfășurarea ulterioară a evenimentelor, vor „face ceva”, de exemplu, cu adolescenții delincvenți, cu părinții care abandonează sau supun unui tratament violent copiii etc.

Fiecare profesie își are obiectul său de studiu, este interesată de anumite tipuri de fenomene și operează cu anumite aparate teoretice care o ajută să-și înțeleagă „bucățița de lume” în care își desfășoară activitatea. „Bucățița de lume în care asistentul social își desfășoară activitatea este omul, omul în nevoie, omul în impas existențial, omul care are probleme sau care, el însuși, reprezintă o problemă”². Este cert că acesta e cel mai complicat domeniu în care cineva ar putea fi implicat. Cu cât mai mult asistenții sociali încearcă să înțeleagă omul, cu atât mai profund conștientizează

¹ A se vedea: Howe D. *Introducere în teoria asistenței sociale*, p.16-18.

² A se vedea: Butrym Z. *The Nature of Social Work*, p.15.

complexitatea activității lor. Ei sunt acei care trebuie să înțeleagă mecanismele și consecințele sărăciei, să lucreze cu copiii cu tulburări de comportament, să știe cum „funcționează oamenii”, ce înseamnă deprivare etc. Pentru a întreprinde acțiuni reușite, asistenții sociali trebuie să știe ce se întâmplă și unde este locul lor în acest proces. Ei încep să caute explicații, căi de înțelegere a fenomenelor produse. În asemenea situații, teoriile sunt uneltele de lucru care le ghidează comportamentul și intenția. Principala funcție a teoriei în asistența socială este de a crește capacitatea practicianului de a-și controla conștient și deliberat „mediul de lucru”¹. Impactul teoriei asupra rezultatelor obținute este cu atât mai puternic cu cât domeniul de referință este mai complex.

Conform definiției sociologului american R.Merton, *teoria reprezintă un ansamblu coerent de propoziții/judecăți din care se pot extrage consecințe legitime și demonstrabile prin confruntarea cu datele observațiilor directe de teren*. Teoria are multiple forme de manifestare. Astfel, ea ne apare ca:

- *metodologie*, adică ca știința sau „teoria metodei”;
- *idei directe*, adică sub forma unor reguli sau principii-ghid;
- *analiză a conceptelor*, adică sub forma identificării, construirii, ierarhizării, sistematizării și definirii;
- *interpretare postfactum*, adică sub forma unor prime explicări ale faptelor deja culese de pe teren;
- *generalizare empirică*, adică sub forma unor concluzii empirice, care rezultă din analizele cantitative, din centralizările datelor, din tabele, îndeosebi, din datele statistice rezultate în urma acestor analize;

¹ A se vedea: Siporin M. *Introduction in Social Work Practice*. –New York: Macmillan, 1975, p.102.

- *derivații sau deducții*, adică sub forma unor concluzii sau explicații deduse din propoziții/judecăți sau elemente deja stabilite;

- *teorie în sensul strict al termenului*, adică sub forma unor explicații relativ finale rezultate din analize calitative¹.

Toate aceste aspecte ale teoriei – epistemologice și metodologice – vizează în mod direct și domeniul asistenței sociale.

Importanța teoriei în asistența socială este determinată de **funcțiile** acesteia, dintre care vom evidenția:

- *funcția orientativă* – teoria ghidează întreaga activitate a asistentului social: îi spune ce să caute, unde să caute, ce să rețină pentru munca sa, cum să ierarhizeze situațiile sociale sau care sunt criteriile de stabilire a priorităților pentru acțiunile de sprijin, care sunt cele mai potrivite abordări în munca cu beneficiarul etc.;

- *funcția cognitivă* (descriptivă și explicativă) – teoria oferă definiții, modele referitoare la lumea înconjurătoare; înzestreașă asistentul social cu un set de concepte care îi ajută să explice relațiile dintre fapte, acțiunile umane, să controleze situațiile sociale, să acționeze în cunoștință de cauză etc.;

- *funcția critică* – se manifestă prin inacceptarea ideii precum că asistentul social face parte dintr-o lume practică, iar lumea practică nu are nevoie de teorie, prin critica cunoașterii comune/cotidiene și a „practicii bunului simț”, prin respingerea modelelor depășite și selectarea celor mai noi și eficiente teorii și metode pentru activitatea asistențială, prin critica însăși a realității sociale, vizând disfuncțiile dintre diferite sectoare, faptele și fenomenele negative care trebuie să preocupe serviciile sociale etc.;

¹ A se vedea: Bejan P. (coord.). *Asistența socială*. –Iași, 2004, p.215.

- *funcția prospectivă și previzională* – ajută asistentul social să identifice consecințele și evoluțiile ulterioare ale beneficiarilor sau ale „situațiilor sociale” asupra cărora a intervenit;

- *funcția acționalistă și transformatoare* – identificând sensurile lucrurilor și semnificațiile faptelor, ale „situațiilor sociale”, teoria conferă, în același timp, sens și semnificație acțiunilor și proiectelor de asistență socială. Prin aceasta accelerează schimbarea sau transformarea diferitelor domenii sociale¹.

Așadar, asistenții sociali, în munca lor cu beneficiarii, nu se pot baza doar pe bunul simț și pe intuiție. Problema nici nu poate fi pusă dacă practicantul trebuie să folosească sau nu teoria. După cum menționează *S.Briar* și *H.Miller*, problema constă în a determina „care teorie anume trebuie folosită”². Dacă dorim să evităm deriva și lipsa de scop, practica trebuie organizată pe baza unor explicații științifice. Numai folosind teoriile pentru a înțelege și a acționa, vom merge pe drumul ce duce spre reușită.

Teoria însoțește asistentul social de-a lungul tuturor etapelor de activitate, începând cu identificarea problemei și terminând cu soluționarea acesteia, oferind siguranță și justificare intervențiilor practice, răspuns la numeroasele întrebări *De ce?*, pe care ni le pune în permanență realitatea socială. Profesionistul, după spusele lui David Howe, poate găsi semnificația și dezlegarea misterului sau confuziei doar prin folosirea cunoștințelor teoretice.

¹ A se vedea: Miftode V. *Fundamente ale asistenței sociale*. –București, 1999, p.9-10.

² A se vedea: Briar S., Miller H. *Problems and Issues in Social Case Work*. –New York: Columbia University Press, 1971, p.53-54.

4.3. Etape în evoluția teoriei asistenței sociale

Devenirea teoriei asistenței sociale este legată de dinamica dezvoltării școlilor și orientărilor de asistență socială, de căutarea modelelor efective de interacțiune cu beneficiarii, de identificarea obiectului său de cercetare. De-a lungul anilor procesul de consolidare a fundamentelor teoretice ale asistenței sociale a trecut prin mai multe trepte, pe care cercetătorul englez D.Howe, spre exemplu, le-a înglobat în șapte etape principale: *investigarea, psihanaliza, școala de diagnoză și funcționalism, achiziționarea, inventarierea, unificarea teoriilor, clasificarea teoriilor*.

Primii pași pe calea construcției teoretice a asistenței sociale au fost întreprinși la începutul secolului al XX-lea de promotoarele feminismului *Alisa Solomon* (Germania), *Marie Gaherry* (Franța), *Elizabeth Fry* (Anglia) și *Jane Addams* (SUA). Aportul esențial în reflecțiile de asistență socială aparține însă cercetătoarei *Mary Richmond*, care în lucrarea sa fundamentală *Vizita prietenească la săraci: îndrumar pentru lucrătorii din organizațiile de caritate* descrie asistența socială ca o acțiune prietenească a unui subiect față de celălalt. În același timp, asistența socială este concepută ca fiind orientată nu doar spre persoana în dificultate, dar și spre schimbarea atitudinii mediului social, de regulă negativă, față de oamenii aflați în sărăcie și mizerie. Caracterizând procesul interacțiunii asistentului social cu beneficiarul ca „utilizarea bunului simț într-o situație absurdă”, M.Richmond definește asistența socială drept „arta de a ajuta”. Asistentul social era considerat, în primul rând, un investigator, un culegător de fapte necesare intervenției. Din aceste considerente, etapa dată, care a durat până în anii '20, mai este numită în literatura de specialitate *etapa de investigare*.

De importanță deosebită pentru această perioadă a fost apariția în 1917 a cărții M.Richmond *Diagnozele sociale*, în care

sunt expuse fundamentele teoretice și metodologice ale *asistenței sociale individualizate*, ale școlii diagnostice. În asistența socială au fost introduși termenii medicali „diagnoză”, „tratament”, „client”, dar cu o semnificație semantică nouă. Acest model al asistenței sociale a fost identificat ulterior cu „modelul medical” al asistenței individualizate. În *Diagnozele sociale* pentru prima dată au fost generalizate abordările intervenției individuale, care includeau următoarele etape:

- obținerea informației;
- diagnoza (cercetarea devierii sociale);
- prognoza (proponerea perspectivelor pentru îmbunătățirea situației);
- tratamentul (oferirea de ajutor clientului).

Lucrarea *Diagnozele sociale* demonstrează, de asemenea, tendința autoarei de a trece de la metoda convingerii morale și alternativelor etice spre metodele de influență/acțiune și interacțiune psihosocială. Se poate spune că *Diagnozele sociale* au constituit începutul unei ere noi – dezvoltarea asistenței sociale individualizate. Activitatea cercetătoarei M. Richmond a fost apreciată de Grace Macus ca o școală excelentă de cercetări, care și-au găsit reflectarea în principiul individualizării beneficiarului, în studierea fundamentelor teoriei și practicii asistenței sociale individuale.

O alta etapă în dezvoltarea teoriei asistenței sociale ține de anii 1920-1930, fiind marcată de intervenția puternică în asistența socială a cunoștințelor psihologice, de influența curentelor dominante până la mijlocul secolului XX – *psihanaliza* și *behaviorismul*. În această perioadă, în asistența socială este actualizată interpretarea fenomenelor eredității, dezvoltării fiziologice și intelectuale a individului etc. Psihologia și psihiatria

au devenit fundamentele explicării problemelor beneficiarilor. Cauzele acestor probleme erau considerate ca fiind de natură psihologică, care, drept urmare, pot fi depășite printr-o analiză aprofundată a propriilor determinări psihologice. După aprecierile mai multor autori, asistența socială din anii '20-'30 a fost martora unui „potop psihiatric”.

Psihanaliza a fost elaborată de *Sigmund Freud* (1856-1939), medic psihiatru austriac, și dezvoltată ulterior de discipolii săi: Carl Jung, Alfred Adler, Otto Rank, Anna Freud, Erich Fromm, Karen Horney, Ernest Jones și mulți alții. Freud a pornit de la constatarea faptului că în spatele comportamentului uman stau motivații ascunse observatorului din exterior, dar necunoscute și individului însuși. Psihanaliza freudiană încearcă să descopere mecanismele interne, invizibile ale psihicului indivizilor care suferă de boli psihice. Într-o epocă în care cauzele bolilor psihice erau căutate primordial în factorii de natură fiziologică, S.Freud a susținut ideea că la originea comportamentului tulburat se află factorii psihici. Freud a pus în lumină importanța evenimentelor traumatice din trecutul persoanei. Prin analiza materialului oferit de amintirile și visurile bolnavilor, metoda psihoterapeutică elaborată de S.Freud a evidențiat importanța evenimentelor din copilărie pentru întreaga evoluție ulterioară a personalității. El a acordat o semnificație deosebit de mare rolului traumelor, a căror conștientizare va înlătura efectul de declanșare a simptomologiei nevrotice. Studiind modul în care experiențele traumatice se șterg din memorie, Freud a descoperit mecanismele refulării, rolul inconștientului în elaborarea unor mecanisme de apărare a psihicului împotriva conștientizării evenimentelor neplăcute ale trecutului. Ulterior, în locul concepției care pornea de la evenimente traumatice singulare, Freud a evidențiat importanța

relațiilor afective cu părinții pe parcursul copilăriei. Căutând explicații pentru nevroze și alte boli psihice, el a elaborat teoria dezvoltării psihosexuale etc.

Practicarea pe larg a psihanalizei a permis ca procesele introspectivă să fie analizate din perspectiva asistenței sociale. Asistenții sociali, de orientare psihanalitică, acordă o atenție deosebită, în interacțiunea cu beneficiarii, experienței acumulate de ei în trecut, emoțiilor, retrăirilor lor din copilărie. Comportamentul individului este considerat de aceștia ca fiind rezultatul producerii unor evenimente în trecutul îndepărtat, în copilărie. Importanța concepției psihanalitice pentru asistența socială se relevă prin explicația dată dificultăților de adaptare la mediul social care se datorează traumelor din copilărie, lipsei de conștientizare a frustrărilor; prin oferirea unei metode de intervenție în scopul tratamentului beneficiarilor, care poate duce la îmbunătățirea sănătății lor mintale iar, drept urmare – la adaptarea lor socială.

Psihanaliza a fost practică pe larg în munca socială cu persoanele asistate, avându-i ca reprezentanți de vază pe Mary Richmond, Anette Garrett, Gordon Hamilton, Charlotte Towle, Louise Bandler. Școala fondată de ei poartă numele de *Școală diagnostică*; denumirea școlii poartă, după cum vedem, amprenta concepției medicale care a stat la baza apariției sale. În acest model asistentul social este preocupat de cunoașterea cazului, beneficiarul fiind considerat ca suferind de o boală al cărei diagnostic trebuie stabilit, după care se poate găsi tratamentul adecvat.

Psihanaliza a dominat spațiul teoretic al asistenței sociale timp de jumătate de secol, rivalizând cu teoriile *comportamentale behavioriste*. Behaviorismul este o orientare psihologică care pune accentul, în primul rând, pe necesitatea și posibilitatea de a

studia comportamentul indivizilor, reacțiile/acțiunile observabile, măsurabile. Printre cei mai cunoscuți fondatori ai psihologiei comportamentale au fost *J.B.Watson* (1920) și *B.F.Skinner*. Menționăm că acest curent a depășit domeniul psihologiei prin mai multe idei importante, precum sunt cele care subliniază rolul factorilor de mediu și al învățării în determinarea comportamentelor indivizilor. Adepții behaviorismului au demonstrat posibilitatea modificării comportamentului prin condiționare și decon condiționare, asociere, recompensă și pedeapsă, imitare și preluare de modele. *J.B.Watson* și colaboratorii săi au demonstrat în condiții experimentale posibilitatea de a condiționa emoțiile umane. Astfel, ei au reușit să condiționeze frica copiilor față de animale prin asocierea unui stimul neplăcut cu apariția unui animal de care inițial copiii nu se temeau. După inducerea reacției de frică ei au reușit să decon condiționeze această emoție, asociind de această dată apariția animalului cu un stimul plăcut. În felul acesta s-a demonstrat posibilitatea de a utiliza învățarea prin condiționare pentru schimbarea comportamentului unor persoane. Tratatamentul de inspirație behavioristă, spre deosebire de psihanaliză, care pune accentul pe trecut, vizează, în primul rând, posibilitățile timpului prezent.

Concomitent cu elaborarea modelelor de acțiune în baza psihanalizei și behaviorismului, în anii '20-'30 se definitivează, de asemenea, principiile interacțiunii dintre asistentul social și beneficiar, pe care *M.Richmond* le-a numit „principiile igienei mintale”. Ulterior aceste principii vor sta la baza Codului deontologic al asistentului social. Principiile igienei mintale conțineau următoarele cerințe: a simpatiza beneficiarul; a-i acorda prioritate; a-l stimula; a elabora împreună cu el programe clare de acțiune. Dat fiind că în anii '20-'30 psihanaliza a fost teoria cea mai des utilizată în asistența socială, respectiva perioadă de

dezvoltare a teoriei asistenței sociale a primit în unele lucrări denumirea de **psihanaliză**.

Practic în același interval temporal, în anii '30 se afirmă o nouă abordare în dezvoltarea teoriei și practicii asistenței sociale reprezentată de **școala funcționalistă**, inspirată și ea din teoria psihanalitică, avându-i ca ideologi pe *O.Rank, J.Tajt, W.Robinson*. Școala funcționalistă a însemnat o schimbare de optică, întrucât la baza construcțiilor sale teoretice stă nu diagnoza, dar procesul interacțiunii dintre asistentul social și beneficiar. Ajutorul constă nu doar în a depista și trata o maladie psihologică, ci în a stabili o relație, o interacțiune activă între asistentul social și beneficiar pentru a-i reda capacitatea de funcționare socială normală. Asistentul social este cel care, prin tehnici specifice, activează și susține potențialul de dezvoltare personală a beneficiarului. Accentul nu mai cade deja pe trecut și pe introspecție, pe retrăirile, emoțiile copilărești ale beneficiarului, ca și în cazul psihanalizei, dar pe prezent, pe voința și gătința acestuia de a-și schimba situația. Școala funcționalistă se baza pe principiile abordării sincronice – „aici și acum” – pe actualizarea, deci, a experienței prezente a beneficiarului în procesul interacțiunii cu asistentul social, pe evidențierea faptului că individul este determinat nu doar de factori psihologici, dar și de factori externi, de coordonate ale contextului social. În școala funcționalistă relațiile dintre asistentul social și beneficiar sunt de altă natură. Astfel, dacă în școala diagnostică promotorul schimbărilor era asistentul social, care evalua problema și propunea planul de tratament pentru asistat, apoi în școala funcționalistă subiectul schimbărilor este însuși beneficiarul, asistentului social revenindu-i rolul de facilitator în acest proces. Sunt recunoscute capacitățile funcționale ale indivizilor, capacități prezente chiar și atunci când în structura personalității există anumite aspecte

patologice. Activitatea de asistare trebuie să se bazeze pe aceste capacități funcționale ale persoanelor în dificultate. În felul acesta, asistentul social și beneficiarul devin parteneri, ambii fiind responsabili de schimbarea situației spre bine.

În anii 1930-1945 dezvoltarea teoriei asistenței sociale este marcată de confruntările dintre școlile diagnostică și funcționalistă. În această perioadă abordarea diagnostică a asistenței sociale a fost continuată de *Gordon Hamilton*, care lărgeste sensul noțiunii de „diagnoză”. Diagnoza este concepută nu ca o direcție de acțiune, dar ca o ipoteză de lucru pentru a înțelege personalitatea beneficiarului, situația și problemele acestuia. Diagnoza apare în calitate de model ce reprezintă felul în care omul se raportează la situația sa. Aceasta i-a permis lui G.Hamilton să vadă în situația beneficiarului nu doar o problemă diagnostică, dar și apreciativă. Abordarea situațională a introdus două componente importante în școala diagnostică: *previziunea* și *susținerea psihologică*. Dezvoltarea *previziunii* beneficiarului este definită de școala diagnostică ca o componentă a lucrului individual ce îi permite acestuia să se elibereze de conflictele neconștientizate, iar conștientizarea și înțelegerea de către beneficiar a propriilor greutăți, dificultăți îi va permite asistentului social să se implice efectiv în schimbarea situației asistentului. *Susținerea psihologică* este orientată spre obținerea încrederii de către beneficiar. Modelele susținerii psihologice includ proceduri selective, prin care se susțin unele aspecte ale comportamentului individului și se inhibă altele.

Pentru polemicele dintre abordările școlii diagnostice și funcționaliste, care au continuat în anii 1945-1960, prezintă interes lucrările cercetătorilor *Felix Biestek* și *Helen Harris Perlman*. Metodele asistenței individualizate au fost prezentate de F.Biestek în formă de sistem de interacțiuni dinamice între

asistentul social și beneficiar, orientate spre obținerea schimbării de către însuși beneficiar. F.Biestek propune următoarele principii de interacțiune dintre asistentul social și beneficiar:

- individualizarea;
- sinceritatea în exprimarea sentimentelor;
- controlul asupra dezvoltării emoționale a beneficiarului;
- nondirectivitatea/nonîndrumarea în relații;
- dezvoltarea independenței;
- confidențialitatea.

H.H.Perlman a sintetizat abordările școlilor diagnostice și funcționaliste, într-un nou model al asistenței individuale – „*teoria rezolvării de probleme*”. Drept urmare, tratamentul psihosocial și abordarea funcționalistă în practica asistenței sociale au fost unite. Metoda propusă de H.H.Perlman este axată pe convingerea că procesul de ajutorare a beneficiarului este alcătuit din două componente principale: însuși procesul de ajutorare și resursele personale ale individului. Beneficiarul trebuie să fie el singur interesat în schimbarea lucrurilor, să întreprindă el însuși pași pentru a atinge scopul dorit. Asistentul social este cel care doar ajută beneficiarul să-și înțeleagă problema, să-și formeze deprinderile necesare pentru rezolvarea problemei, îl încurajează să se bazeze în această activitate pe forțele proprii.

H.H.Perlman consideră extrem de important ca în rezolvarea problemei să fie dezvoltate motivarea beneficiarului, abilitățile lui de a acționa, resursele personale. Din perspectivă tehnologică, procesul interacțiunii dintre asistentul social și beneficiar se reducea la următoarele proceduri de bază:

- identificarea problemei beneficiarului și a evenimentelor care au generat-o;

- încrederea reciprocă a beneficiarului și asistentului social în faptul că au înțeles corect problema;
- culegerea și analiza informației;
- elaborarea planului de interacțiune, realizarea și evoluția lui ulterioară.

Până la sfârșitul anilor '60 asistența socială a acumulat, într-o manieră mai puțin sistematizată, un șir de teorii – de la psihologia freudiană, teoria învățării și dezvoltării personale, până la teoriile sociologice. Nu întâmplător această perioadă mai este numită în literatură și **perioada achiziționării**.

În continuare a apărut necesitatea selectării și orientării acestor teorii din perspectiva eficienței lor practice. Astfel, la sfârșitul anilor '60 ai secolului al XX-lea în asistența socială a început un proces intens de inventariere a teoriilor achiziționate și de stabilire a importanței lor, această etapă fiind denumită **inventarierea**. Cei care și-au pus sarcina clară de a face „o sortare și integrare a teoriilor din punctul de vedere al eficienței practice” sunt *R.W.Roberts* și *R.H.Nee*¹. Ei au întocmit o listă de teorii importante care includ abordări psihodinamice, tehnici comportamentaliste, intervenții de criză, conceptul socializării etc. După cum menționează D.Howe, întocmirea acestei liste era într-adevăr necesară, dar nu și suficientă pentru descrierea câmpului de aplicare practică a fiecărei teorii.

În anii 1960–1970 teoria asistenței sociale începe să se diferențieze în diverse orientări ale școlilor internaționale. Spre

¹ A se vedea: *Theories of Social Casework*. –Chicago: University of Chicago Press, 1970, p.14; Howe D. *Introducere în teoria asistenței sociale*, p.20-24.

exemplu, în SUA dezvoltarea teoriei asistenței sociale derula în trei direcții principale:

- dezvoltarea teoretică a metodelor tradiționale;
- dezvoltarea abordărilor complexe, care îmbină teoria și practica într-un sistem unic;
- elaborarea abordărilor pentru grupuri specifice de beneficiari.

Dezvoltând ideile abordărilor diagnostice și funcționale *F.Hollis* și *R.Smalley* au înaintat așa-numita „*concepție a apropierii*”. Evidențiind cinci concepte importante (apreciere, personalitate, proces, interdependență, intervenție), în concepția apropierii ei au utilizat metodologiile teoriilor sistemului și comunicării. Această abordare a fost aplicată ulterior nu numai în teoriile privind lucrul cu indivizi aparte, dar și în cele privind lucrul cu grupul, cu comunitatea.

G.Konopka, *N.Northem*, *M.Ross*, *R.Perlman* și alți cercetători încep să caute o fundamentare comună, care ar permite să fie interpretate/înțelese directivele/obiectivele practice ale tuturor genurilor de asistență socială. În teoria procesului de ajutorare sunt utilizate frecvent, de rând cu noțiunile „tratament”, „diagnoză”, și noțiunile: „apreciere”, „intervenție”. În această perioadă se multiplică elaborările teoriei asistenței sociale care abordau problema legăturii dintre teorie și practică, acțiunii de intervenție, procesul individualizării etc.¹

Se poate spune că în anii ‘70 asistența socială trece printr-o etapă de încercare de unificare a teoriilor existente, această tendință integratoare fiind axată pe teoria sistemelor, la modă pe

¹ A se vedea: Фирсов М.В., Студенова Е.Г. *Теория социальной работы*. –Москва, 2001, p.37.

atunci în biologie, ecologie, inginerie și alte științe. Teoria sistemelor nu a fost însă în stare să unifice aria teoretică a asistenței sociale. În această perioadă, după cum se știe, se dezvoltă intens teoriile radicale din asistența socială, în special teoria centrată pe client, din cadrul unui curent mai larg din științele sociale, cunoscut cu denumirea de *umanism*.

O nouă etapă de dezvoltare a teoriei sociale, care își are începutul de asemenea în anii '70, ține de **clasificarea teoriilor**. La această etapă cercetătorii caută să determine criteriile care unesc teoriile, credințele, valorile și metodele într-o anumită concepție a lumii; paradigmele care definesc orientările teoretice într-o anumită perioadă social istorică etc. Toate aceste probleme vor constitui obiectul reflexiilor inserate în următorul paragraf.

4.4. Tipuri de teorii și modele aplicate în asistența socială

Clasificarea teoriilor utilizate în asistența socială poate fi realizată după mai multe criterii, dintre care evidențiem următoarele:

- domeniul de proveniență
- paradigma dominantă
- gradul de generalitate.

Domeniul de proveniență

Cu referire la *domeniul de proveniență*, este de menționat că în prezent s-au evidențiat trei discipline științifice cu influență dominantă asupra asistenței sociale: sociologia, psihologia și pedagogia. Acestea au determinat diversitatea abordărilor teoretice ale asistenței sociale care în literatura de specialitate sunt divizate în trei grupe principale:

- abordări/teorii sociologice;
- abordări/teorii psihologice;
- abordări/teorii complexe/psihosociologice.

a) *Abordări / teorii sociologice*

Devenirea modelelor sociologice ale asistenței sociale a fost influențată de pozitivismul clasic al lui A.Comte, J.S.Mill, H.Spencer, pentru care sociologia înseamnă o „fizică socială”. Pozitivismul clasic a încercat să opună teoriilor sociale speculative metodele observării, analizei istorico-comparative a proceselor sociale, metodele matematice. În calitate de model al cunoașterii sociale au servit biologia, anatomia omului și, parțial, mecanica. Pozitivismul a postulat în sociologie și în asistența socială existența legilor obiective de funcționare și dezvoltare a societății și omului, care erau privite ca parte sau continuare a proceselor naturale. În acest context, asistența socială era orientată spre a ține cont de necesitățile firești de reproducere a vieții individuale și sociale, de legitățile obiective ale evoluției omului și societății.

O influență semnificativă asupra teoriei asistenței sociale au exercitat funcționalismul sociologic, analiza sociologică structuralistă și sistemică. Evidențiem aici în special actualitatea ideilor teoriei sistemelor lui *Ludwig van Bertalanfy* care au fost adoptate și pentru sistemele umane de către *C.B.Germain*, *A.Gitterman* și alții. Din perspectiva abordărilor sociologice menționate, asistența socială ne apare, în primul rând, ca o componentă a unui sistem social mult mai larg, în cadrul căruia îndeplinește un șir de funcții care asigură integritatea și rezistența vitală a societății. În cel de-al doilea rând, asistența socială însăși se prezintă ca un sistem ce include activitatea unui șir de instituții, ca o totalitate de acțiuni sociale, idei, legături și raporturi sociale,

ca o instituție socială ce își are logica sa internă, relativ independentă, de dezvoltare.

Activitatea asistentului social apare, în contextul teoriilor sociologice evidențiate, ca o totalitate de funcții și roluri interdependente, ca un sistem cu o structură internă specifică. Persoana în dificultate/beneficiarul, de asemenea, este abordată funcțional, adică în sistemul funcțiilor sale de ființă biopsihosocială, care ține să-și satisfacă necesitățile ce îi asigură viața și funcționarea socială. Printre modelele contemporane, de orientare sociologică, sunt evidențiate, în primul rând, „modelul vieții” al teoriei ecologice (modelul ecologic), modelul radical-social, modelul marxist, modelul culturalist.

- „*Modelul vieții*” al teoriei sistemelor ecologice reprezintă una dintre concepțiile interacțiunii sistemelor psihologice și sociale. Acest model constituie o teorie, relativ nouă, de înțelegere a practicii sociale. Problematika teoriei date este strâns legată de aspectele limitrofe ale teoriei sistemelor sociale și problemele psihologiei sociale (adaptarea socială, stresuri etc.). În cadrul unei asemenea abordări activitatea asistentului social ține nu doar de relația cu beneficiarul, dar și de cea cu mediul ambiant al acestuia. În cazul dat, asistarea persoanei presupune nu doar suportul nemijlocit, reabilitarea forțelor ei vitale, dar și „amenajarea” spațiului vital al existenței sale. Această abordare mai este numită ecologico-sistemică.

- *Modelul radical-social* are la bază tezele luptei pentru drepturile omului (luptei împotriva discriminării de orice fel etc.). Acest model ne apare ca o modalitate de protecție și dezvoltare a autoconștiinței reprezentanților diferitelor grupe sociale. Tehnologia protecției este orientată spre dezvoltarea capacităților celor asupriți și excluși de a-și dobândi drepturile sociale, dar nu presupune schimbarea structurilor exploatare, discriminatorii.

- *Modelul marxist* este axat pe înțelegerea activității asistentului social ca forță ce contribuie la realizarea acțiunilor colective, orientate spre ridicarea autoconștiinței oamenilor și efectuarea schimbărilor în societate. De importanță deosebită pentru teoria asistenței sociale, influențată de sociologia marxistă, sunt orientările celei din urmă spre studierea condițiilor existenței colective a oamenilor, dispozițiilor colectiviste ale personalității, spre cultivarea spiritului solidarității între membrii societății. Asistentului social îi revine în acest model rolul de „controlor social”, „stabilizator social”, „avocat social”, „medic social”.

- *Modelul culturalist* a apărut sub influența teoriei lui *P.Sorokin* care a creat învățătura despre dinamica socioculturală a societății contemporane, a dezvoltat ideile sociologiei integraliste. Realitatea socială și viața omului, sistemul protecției sociale a acestuia sunt caracterizate de o diversitate de manifestări socioculturale, ceea ce necesită metode corespunzătoare de cunoaștere, conjugarea lor cu înțelegerea tainelor naturii, societății și omului. Toate aceste cunoștințe trebuie folosite în studierea multilaterală, sistemică, integră a fenomenelor socio-culturale. Or, omul/beneficiarul este privit, în cadrul acestui model, ca parte inalienabilă a mediului sociocultural care îi condiționează dezvoltarea și problemele. O importanță deosebită este acordată cunoașterii contextului regional, național, de așezare, stabilire a persoanei/beneficiarului.

b) Abordări / teorii psihologice

Abordările/teoriile psihologice ale asistenței sociale sunt centrate pe posibilitățile acesteia de a optimiza eforturile proprii ale beneficiarului în schimbarea situației apărute la nivel individual și social. În cadrul orientării psihologice în asistența socială pot fi deosebite, de asemenea, mai multe modele, precum:

modelul psihodinamic, modelul existențialist, modelul umanist, modelul tranzacțional, modelul comunicării etc.

- *Modelul psihodinamic* este axat pe teoria psihanalizei lui S.Freud, adică pe recunoașterea rolului semnificativ al experienței din trecut în viața individului, în formarea comportamentului, felului de a se adapta la mediul înconjurător etc. Integritatea omului este văzută, în primul rând, în sprijinul pe propria experiență de viață, în posibilitatea acestuia de a depăși conflictul dintre experiența din trecut și actuala posibilitate de rezolvare a problemelor. Această teorie a pus bazele asistenței sociale individualizate (*casework*) cu conceptele principale: individualizarea beneficiarului, aprecierea problemei apărute și diagnosticarea acesteia, tehnologii terapeutice de sprijin.

- *Modelul existențialist* are ca punct de plecare gândirea renumiților filosofi A.Camus și J.-P.Sartre. În cadrul acestui model se acordă o atenție mare cercetării specificului comportamentului beneficiarului în grupele primare. Analizând comportamentul beneficiarului, este important să se țină cont de faptul cum acesta percepe și interpretează reprezentările proprii despre lume, cum își apreciază statutul său social. Luând în calcul construcțiile personale ale beneficiarului referitor la reprezentările despre sine și lumea înconjurătoare, asistentul social va putea înțelege mai exact cauzele disconfortului beneficiarului. Modelul existențialist și-a găsit îndreptățire în lucrul asistentului social cu grupurile etnice și alte grupuri sociale în cazul rezolvării conflictelor generate de necoincidența reconstrucțiilor personale ale lumii exterioare cu mediul social nou.

- *Modelul umanist* se află în strânsă legătură cu modelul existențialist, în literatură fiind adesea numit orientare/model umanist-existențialist. Modelul umanist s-a constituit pe principiile psihologiei umaniste promovate de *R.Horney*,

C.Rogers, A.Maslow și alții. Tezele fundamentale ale modelului umanist al existenței sociale reiese din înțelegerea omului ca personalitate integră ce se află în interacțiune permanentă cu mediul înconjurător. Această integritate este asigurată de declararea încrederii în om ca valoare supremă, ființă superioară capabilă să perceapă și să construiască lumea, să ia decizii și să-și formeze propriile strategii de viață, să se schimbe sub influența mediului. Abordarea umanistă în asistența socială este axată pe recunoașterea posibilității beneficiarului de a gândi și acționa de sine stătător, pe autovalorizarea personalității omului. De importanță majoră pentru asistența socială a devenit dezvoltarea valorilor ei principale, printre care: respectul pentru beneficiar, recunoașterea libertății acestuia de a-și decide propria existență, de a miza pe capacitățile sale de dezvoltare și schimbare. Rolul asistenței sociale în acest model constă în dezvoltarea capacității de autoajutorare a beneficiarilor pe baza propriei înțelegeri și a rolului lor activ în soluționarea propriilor probleme. Tehnologia dominantă a modelului umanist este tehnologia „ascultării active” (empatia, raporturile de parteneriat etc.) Trăsătura esențială a acestui model constă în abordarea nondirectivă a problemei beneficiarului¹. Toate persoanele au potențialități nedescoperite, din care derivă dreptul și responsabilitatea lor pentru rezolvarea problemelor, schimbarea situației. A.Maslow a susținut ideea că toți oamenii sunt buni, fiind interesat de explicarea succesului celor care au reușit să se afirme. El a stabilit ierarhia trebuințelor, a căror îndeplinire va facilita autorealizarea individului. Pornind de la numeroase exemple concrete, A.Maslow a demonstrat în ce mod un individ poate deveni fericit și în ce mod el se poate realiza pe deplin printr-o muncă pasionată.

¹ A se vedea: Курбатов В.И. *Социальная работа*. –Москва, 2007, p.132-135.

La începutul anilor 1960, psihologia umanistă s-a răspândit în afara frontierelor Statelor Unite, în mare parte datorită lui *C.Rogers*. În mod corelativ s-a dezvoltat o nouă concepție despre existență, potrivit căreia important pentru om nu este de a-și satisface trebuințele, ci de a trăi „cum se cuvine”, adică conform legilor înscrise în ființa sa. Din această perspectivă, asistentul social devine un mediator datorită căruia omul se poate cunoaște mai bine, cât și un educator care îi deschide drumul realizării de sine.

c) Abordări / teorii complexe

Intensificarea tendințelor interdisciplinare și integrative în practica și teoria asistenței sociale au actualizat căutările de modele complexe care permit ca problemele sociale să fie abordate multiaspectual. Printre acestea se numără: modelul/teoria rolurilor, modelul sociopedagogic, modelul cognitiv, modelul vitalist și altele.

Modelul/teoria rolurilor este un model terapeutic ce a obținut o largă răspândire în anii '70-80, fondator fiind considerat *J.L.Moreno*. Modelul rolurilor este orientat spre învățarea de noi comportamente. Acest model este axat pe clarificarea și conștientizarea cognitivă și afectivă a perspectivei beneficiarului asupra problemei pe care el o are de rezolvat (pe reprezentările despre rolurile personale). Oamenii își construiesc comportamentul în conformitate cu modelele, schemele, reproduse de conștiința individual-personală. Una dintre sursele mai îndepărtate ale acestei concepții este psihanaliza. Astfel, modelul rolurilor include problemele beneficiarului ce țin de explicarea modului în care acesta poate să se comporte și să se dezvolte ținând cont de experiența din trecut, de înțelegerea importanței evenimentelor actuale și a procesului de formare a reprezentărilor despre propriul rol în viață. Rolul social este înțeles ca fiind comportamentul

așteptat de la un om, când acesta îndeplinește anumite funcții sociale. Acționând conform acestor așteptări, omul, chipurile, își îndeplinește rolul său social. În cazul dat poate apărea însă o divergență în înțelegerea de către el și alți oameni a ceea ce este obligat și ce nu este obligat să facă în corespundere cu acest rol. Drept urmare, se poate întâmpla ca aceste divergențe să conducă chiar la anumite conflicte.

În afară de rolurile sociale oamenii îndeplinesc, de asemenea, și roluri interpersonale. Uneori între rolurile sociale și cele interpersonale, se iscă contradicții. Spre exemplu, din perspectiva rolului social o persoană poate apărea ca „mamă iubitoare”, „fecior devotat”, „tată sever”, iar din cea a rolului interpersonal – ca „mamă indiferentă”, „fecior răutăcios”, „tată lipsit de stimă” etc. Oamenii nu totdeauna pot rezolva de sine stătător aceste contradicții. În asemenea cazuri asistenții sociali vor aplica cel mai des utilizate tehnologii în modelul rolurilor, precum sunt: schimbarea rolurilor, discuția în grup (subiecte ale căreia pot fi biografia beneficiarului, relațiile interpersonale etc.), terapia comportamentală în grup (scopul acesteia constă în însușirea rolurilor noi în grup și corectarea comportamentului beneficiarului cu ajutorul grupului), artterapia prin care beneficiarul își va dezvălui rolul său în fața grupului, psihodrama – un mijloc de exprimare a conflictelor personale într-un mod ludic, grație căruia subiectul se înțelege pe sine și se transformă pe măsură ce se recunoaște. (Psihodrama se utilizează sub formă de joc de roluri, ca instrument de perfecționare personală și ca mijloc de selecție a candidaturilor pentru anumite posturi de muncă).

Teoria/modelul rolurilor reprezintă pentru asistentul social o formă de explicare socială, un mijloc de învățare socială, de

corelare a comportamentului, de sporire a adaptabilității beneficiarului.

- *Modelul sociopedagogic* analizează problemele suportului, protecției sociale din perspectiva pedagogiei. Educația, fiind o parte inalienabilă a procesului de socializare, se realizează cu un scop anumit, prin participarea directă sau indirectă a factorilor sociali fie la macronivel, mezonivel sau micronivel. De domeniul educației ține nu numai instruirea, dar și obținerea unei experiențe de viață, oferirea ajutorului în integrarea socială prin formarea competențelor funcționale.

Modelul sociopedagogic poate fi analizat atât din perspectiva lucrului la nivel structural, cât și psihosocial. Posibilitățile realizării acestui model la nivel structural pot fi dezvăluite pe exemplul cercetării raporturilor dintre școală și societate. Conform abordărilor sociopedagogice, sistemul de învățământ constituie un mijloc de introducere a noilor realizări tehnologice, care sunt în stare să satisfacă necesitățile individului, grupelor, societății în ansamblu. Prin sarcina pregătirii profesionale școala apare în rolul de mecanism inițial de diferențiere a societății. Astfel, școala începe să formeze statutul social al omului, ajutându-i să se adapteze la viața societății de la diferitele ei trepte de dezvoltare. În conformitate cu acestea sunt realizate un șir de funcții comune cu cele ale asistenței sociale: de profilaxie, de prognozare, de control social. Școala cultivă valorile necesare pentru menținerea stabilității în societate, contribuie la incluziunea socială a persoanelor marginalizate, la formarea, pe de o parte, a persoanelor ce acționează liber, iar, pe de alta – dezvoltă structuri raționale, în cadrul cărora toți indivizii pot funcționa normal, fără a intra în conflicte cu societatea.

- *Modelul cognitiv* a obținut o popularitate deosebită la începutul anilor '80. Unul dintre principiile fundamentale ale

acestui model constă în promovarea ideii că serviciile sociale trebuie să fie accesibile pentru toți cei ce au nevoie de ele. Forma principală de realizare a acestui deziderat este *consultarea*. Pentru a spori eficiența consultării, asistentul social trebuie să cunoască modul de gândire al beneficiarului, dispozițiile și prejudecățile acestuia, care finalmente determină acțiunile lui sociale. În modelul cognitiv se pun în lumină posibilitățile regulării comportamentului social al beneficiarului pe calea învățării acestuia să-și construiască mecanisme de comportament, adecvate condițiilor sociale sau situației sociale concrete în care a nimerit. Acest model este frecvent utilizat în lucrul la locul de trai. Astfel, procesele urbanizării și migratorii, în continuă extindere în multe țări, au pus asistenții sociali în fața necesității de a însuși noi forme de asistență socială, adresate noilor categorii de persoane în dificultate. Una dintre cele mai actuale probleme, abordate în cadrul modelului cognitiv, ține de rezolvarea conflictelor prin discuții în grup, prin autoanaliză etc. Specific pentru tendințele aplicate în aceste cazuri este îmbinarea aspectelor teoriei cognitive și ale celei umaniste, care a și determinat tendința modelului cognitiv de a optimiza capacitățile beneficiarilor să-și dirijeze propria viață.

Modelul cognitiv include atât abordări sociologice, cât și psihologice în organizarea asistenței sociale. Caracterul complex al acestui model este determinat de faptul că adaptarea este înțeleasă nu doar ca o necesitate individuală – personală, dar ca având și urmări sociale: ea are influență asupra mediului social (direct asupra mediului de existență a individului, precum și indirect asupra realității sociale în întregime), schimbându-se, la rândul său, sub influența acestui mediu, prin schimbarea personalității. Uneori, însă, adaptarea socială limitează independența omului, deoarece diferite instituții sociale îl pot

impune să meargă la compromise cu scopurile acestora, generând drept urmare un disconfort intern. De aceea, o problemă a asistentului social, care aplică acest model, ține de rezolvarea conflictelor, ale căror natură și esență pot fi diverse. Modul în care omul va ieși din acest conflict are o semnificație socială, dat fiind faptul că este vorba de reabilitarea mecanismelor de adaptare a personalității, care se află într-o anumită relație și cu schimbarea altor oameni.

- *Modelul vitalist* (teoria forțelor vitale) este axat pe noțiunea de „forțe de viață/vitale”, cu sensul de capacitate a omului de reproducere și realizare a vieții ca ființă biopsihosocială, de realizare a unității dintre subiectivitatea individuală și socială. Asistența socială ne apare în acest model ca activitate de optimizare a formării, realizării și reabilitării forțelor vitale ale omului.

Menționăm în concluzie că toate modalitățile de ajutorare a persoanelor în dificultate, de stabilire a relațiilor dintre asistentul social și beneficiar sunt influențate esențial de orientarea teoretică pe care sunt axate aceste activități.

Paradigma dominantă

Un alt criteriu de clasificare a teoriilor utilizate în asistența socială ține de *paradigma dominantă*. Noțiunea de paradigmă, într-un sens îngust, este definită ca un model, o regulă, un exemplu. Semnificația mai largă (și care, de regulă, este utilizată în științele sociale) exprimă totalitatea presupuzițiilor fundamentale, teoriilor, credințelor, valorilor și metodelor care alcătuiesc un punct de vedere asupra lumii.

Cercetătorul *P.Leonard* evidențiază două tipuri de paradigme cu influență mare asupra înțelegerii naturii umane, asupra relațiilor, atmosferei terapeutice stabilite între asistentul social și

beneficiar. Acestea sunt: 1) *paradigma științelor pozitive* și 2) *paradigma științelor umane*. În calitate de criteriu de diferențiere a celor două paradigme a servit *dimensiunea obiectivitate-subiectivitate*. Astfel, *paradigma științelor pozitive este axată pe obiectivitate*, iar *paradigma științelor umane – pe subiectivitate*. Din această perspectivă, *paradigma științelor pozitive tinde spre o cât mai mare obiectivitate în orice demers științific*. Ea impune în științele sociale necesitatea efectuării cercetărilor în conformitate cu cerințele măsurării exacte și ale verificării rezultatelor prin metode controlabile.

Paradigma pozitivistă are la bază următoarele presupoziii teoretice:

- faptele sociale pot fi cunoscute în același mod ca și fenomenele fizice. Realitatea socială este direct observabilă și măsurabilă. Nu există o realitate dincolo de realitatea observabilă;

- oamenii prezintă caracteristici ce pot fi descrise în mod obiectiv. Comportamentul uman poate fi cunoscut, manipulat și schimbat;

- singura formă legitimă de cunoaștere este cea bazată pe observația concretă, directă și obiectivă a faptelor sociale; cercetătorul observă realitatea socială, stabilește relații cauzale, surprinde regularități, măsoară parametri investigați, caută să descopere legi sociale și comportamentale;

- cunoașterea științifică a socioumanului este o cunoaștere riguroasă, instrumentală (după modelul științelor naturii); metodele adecvate cunoașterii științifice sunt: observația, experimentul, documentarea – metode ce permit contactul direct cu fenomenele sociale și cunoașterea lor obiectivă.

În cadrul teoriilor de orientare pozitivistă pot fi incluse: funcționalismul, structuralismul, sistemismul, comportamentalismul, teoriile psihologiei experimentale.

Cu referire la practica socială, presupuzițiile paradigmei pozitive presupun o practică utilitaristă cu următoarele rigori:

- este planificată și ordonată, cu obiective și metode bine precizate, deci fundamentată științific;
- acordă importanță investigației, diagnozei și tratamentului asistențial;
- asistentul social este considerat un tehnician, un specialist eficient și neutru;
- este „centrată pe sarcină” – o investigație pe termen scurt, concentrată asupra unor scopuri limitate, realizabile, formulate în termeni comportamentali¹.

Presupuzițiile paradigmei pozitivistice sunt de o importanță deosebită pentru investigarea socialului, dar să nu uităm că sistemul sociouman este extrem de complicat. În cadrul acestui sistem obiectivitatea se obține greu chiar cu tehnicile cantitative de cercetare și de prelucrare statistică, dat fiind numărul mare de factori care influențează un fenomen social și face adesea imposibilă descoperirea adevăratelor cauze, tendințelor ulterioarei evoluții. Ba mai mult, dacă e să ne referim la sensul autentic al cuvântului „obiectiv”, aflăm că acesta semnifică „ceea ce se află în afara conștiinței omului”, deci devine logic că nu se poate aplica decât studiului obiectelor, lucrurilor naturii. Savanții care studiază societatea au de a face, însă, întâi de toate cu oamenii (indivizi, colectivități, grupuri sociale etc.), deci cu subiecte, cu produsul activității lor, care nu se realizează în afara conștiinței. Însuși cercetătorul (istoricianul, sociologul etc.) este un subiect

¹ A se vedea: Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.285.

care se va strădui din răspuțeri să fie imparțial, dar niciodată nu va putea obține o imparțialitate absolută. Ca subiect, el totdeauna va însuși și va fi influențat de anumite mentalități, lăsând și propria amprentă, propria doză de subiectivitate asupra procesului de cunoaștere. Or, *paradigma științelor umane accentuează influența subiectivității personalităților care elaborează concepțiile teoretice asupra conținutului acestora*. Subiectivitatea este determinată de valorile personale ale autorilor care elaborează sistemele teoretice, de contextul socioistoric în care aceștia au activat.

Cercetătorii *G.Burrell* și *G.Morgan* au evidențiat încă o dimensiune semnificativă pentru științele socioumaneistice – *dimensiunea stabilității-schimbării*. În funcție de cele două aspecte ale acestei dimensiuni, concepțiile teoretice se constituie în două paradigme deosebite: *paradigma stabilității / ordinii sociale* și *paradigma schimbării sociale*.

Paradigma stabilității include concepțiile care analizează fenomenele sociale din perspectiva menținerii de către acestea a ordinii sociale existente. Prin presuposițiile teoretice ale acestei paradigme se susține că:

- societatea funcționează ca un organism, societatea este ordine, coeziune, echilibru, unitate; există o specializare și o diviziune a muncii în societatea modernă, dar societatea își menține integritatea pentru că părțile ei sunt interdependente. Rolurile sociale se interpătrund, creând solidaritatea socială;

- există instituții și mecanisme specializate în păstrarea ordinii sociale care veghează la funcționarea optimă a societății;

- comportamentele umane trebuie să fie conforme cu normele și valorile societății, un rol important în acest sens avându-l socializarea individului;

- există o delimitare clară între normalitatea și anormalitatea socială.

Teoriile întrunite de această paradigmă sunt comune cu cele din paradigma pozitivistă.

Practica socială axată pe presupuzițiile teoretice ale paradigmei stabilității/ordinii sociale este o practică recuperatorie/reparatorie, în care:

- se vizează refacerea bunei funcționări sociale, restabilirea echilibrului sistemic; scopul intervenției este de a readuce individul sau sistemul social în parametri normali de funcționare;

- asistența socială are în obiectivele sale: prevenirea, tratamentul, sprijinul, întreținerea subsistemelor sociale care înregistrează disfuncții;

- tehnicile utilizate (în conformitate cu teoria sistemică și teoriile comportamentale) urmăresc să formeze comportamente conforme cu așteptările societății, să ajute indivizii să trăiască la un nivel acceptabil de funcționare; asistența socială mediază funcționarea diferitelor componente ale sistemului social, întreținând echilibrul dinamic al întregului social; asistentului social îi revine un rol de normalizare și control social.

Opusă paradigmei stabilității este *paradigma schimbării sociale* care cuprinde concepțiile centrate prioritar pe dinamica fenomenelor sociale, pe nevoia de schimbare. Prin presupuzițiile teoretice ale acestei paradigme se afirmă că:

- societatea nu este ordine și armonie; fenomene inevitabile ale ei sunt: inegalitatea, conflictele de interese și valori, schimbarea;

- cei care dețin puterea economică și politică dețin și capitalul valoric pe care îl impun celorlalți;

- instituțiile și mecanismele de menținere a ordinii au caracter constrângător, coercitiv și manipulează individul;

- asistenții sociali trebuie să fie capabili să medieze conflicte, să gestioneze crize, să declanșeze schimbări sociale.

Printre teoriile din această paradigmă se numără: interacționalismul simbolic, fenomenologia, psihanaliza, existențialismul, feminismul.

În ceea ce privește practica socială urmată din paradigma schimbării, aceasta este o practică radicală/revoluționară, după spusele lui D.Howe – „un amestec de umanism și politică...”, o combinație exotică de critică politică și grijă pentru individ”¹.

Referindu-ne la obiectivele de bază ale practicii radicale putem spune că:

- este o practică menită să stimuleze schimbarea la nivel individual și social, precum și adaptarea la schimbare;

- asistentul social este un agent al schimbării: inițiază proiecte de intervenție la nivel comunitar; influențează adaptarea unor politici sociale în interesul grupurilor defavorizate; dezvoltă gradul de conștientizare și implicare a indivizilor; creează grupuri de presiune care să influențeze decizia politică. Asistentul social nu urmărește să „repare” disfuncțiile apărute în sistemul social, ci vizează schimbarea sistemului;

- principiile și valorile promovate sunt: egalitatea șanselor, recunoașterea identității și diferenței minorităților etnice și a grupurilor marginalizate; redistribuirea puterii și resurselor în societate;

- metoda principală utilizată pentru realizarea acestor obiective este lucrul în grup.

¹ A se vedea: Howe D. *Introducere în teoria asistenței sociale*, p.89.

Integrarea celor două dimensiuni de clasificare (obiectivitate/subiectivitate, stabilitate/schimbare) a generat, după cum menționează D.Howe, următoarele patru concepții de bază în asistența socială:

1) *Umanismul radical* – atitudine științifică descrisă de D.Howe ca fiind marcată de dimensiunile de *subiectivitate și schimbare*, având ca rezultat elaborări teoretice, prin care se tinde la trezirea conștiinței societății în raport cu problemele sale sociale. În această paradigmă se regăsesc concepții diverse care îmbină politicul cu umanismul și cu exigențele morale.

2) *Interpretativismul* – orientare marcată de *subiectivitate și stabilitate*, care se caracterizează prin străduința de a descoperi și de a evalua semnificația fenomenelor sociale și psihosociale, precum și impactul lor asupra oamenilor. Ne vom referi în continuare mai amănunțit la conținutul acestei concepții, dat fiind faptul că celelalte concepții au fost abordate, într-un fel sau altul, în paradigmele prezentate anterior. Astfel, prin ideile teoretice promovate de interpretativism se susține că:

- omul și realitatea socioumană constituie un univers subiectiv, un complex de trăiri, afecte, idealuri, valori, reprezentări, simboluri;

- oamenii nu pot fi studiați ca și cum ar fi obiecte; esențială este descifrarea semnificațiilor și sensurilor fenomenelor sociale, precum și înțelegerea experienței individuale;

- comportamentul uman este rezultatul scopurilor, proiecțiilor și valorilor individului;

- realitatea este construită social; faptele sociale sunt, în esență, fapte ale spiritului;

- disfuncția normalitate-anormalitate este condiționată social-istoric;

- cunoașterea științifică a socioumanului nu se rezumă la elaborarea unor explicații cauzale, ci implică strategii comprehensive și interpretative de cunoaștere, iar ca metode de investigare sunt: interviul, metoda biografică, ancheta prin chestionar etc.

Teoriile integrate în interpretativism sunt: interacționismul simbolic, fenomenologia, psihanaliza, existențialismul, feminismul.

Practica axată pe aceste idei este:

- o practică umanistă, centrată pe beneficiar;
- o abordare nondirectivă;
- asistentul social este un explorator al semnificațiilor experienței de viață a beneficiarului, prin interacțiune, empatie și intenție;
- asistența socială este prezentată ca arta de a ajuta, nu de a vindeca¹.

3) *Funcționalismul* – rezultat din integrarea obiectivității și stabilității și considerat de D.Howe ca o orientare ce grupează concepțiile teoretice destinate să servească ordinii existente în societate prin îmbunătățirea modului de funcționare a acesteia, prin menținerea sistemului și structurilor sale, prin reducerea efectelor destabilizatoare.

4) *Structuralismul radical* – apărut prin combinarea dimensiunilor de obiectivitate și schimbare. Această orientare cuprinde concepțiile care analizează structurile sociale din perspectiva schimbărilor sociale care le-au produs și pe care le vor produce. Societatea, la fel ca și natura, conține structuri a căror funcționare nu este întotdeauna mulțumitoare și care pot fi

¹ A se vedea: Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.286.

schimbate de către oameni înșiși. Oamenii pot deveni, deci, actorii propriei lor societăți, iar acțiunile colective – instrumente de lucru în vederea schimbării societății, democratizării ei¹.

Concepțiile, paradigmele evidențiate nu sunt separate printr-un zid de netrecut. Ele adesea se intercalează, se suprapun prin anumite componente. O încercare de a clarifica modul în care fiecare paradigmă/concepție are câteva caracteristici comune cu celelalte, fie pe axa orizontală, fie pe cea verticală, este efectuată schematic prin *Figura 4.1*.

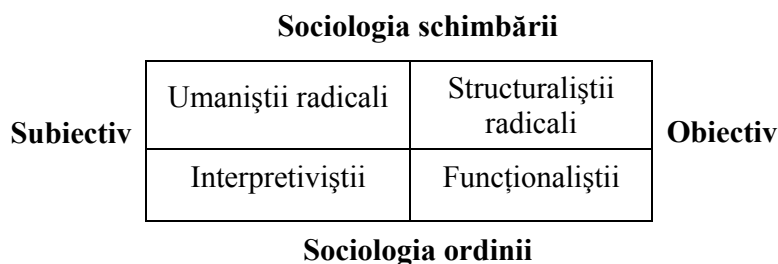


Fig. 4.1. Caracteristici comune ale paradigmelor asistenței sociale.

Sursa: D.Howe. *Introducere în teoria asistenței sociale*, p.41.

În literatura de specialitate există, desigur, și alte clasificări ale concepțiilor privind asistența socială. Astfel, cercetătorul M.Payne evidențiază trei grupe de asemenea concepții:

- Concepțiile *reflectiv-terapeutice* – caută calea cea mai bună pentru asigurarea bunăstării indivizilor, a grupurilor și a comunităților, prin promovarea dezvoltării și autoafirmării lor.

¹ A se vedea: Howe D. *Introducere în teoria asistenței sociale*, p.23-118; Roth–Szamosközi M. *Perspective teoretice și practice ale asistenței sociale*, p.115-116.

- Concepțiile *socialist-colectiviste* – promovează cooperarea și solidaritatea față de persoanele dezavantajate, excluse. Asistența socială facilitează integrarea acestora prin dezvoltarea capacităților și prin asigurarea drepturilor ce le revin prin legislație.

Rezolvarea multiplelor probleme cu care se confruntă persoanele în dificultate necesită de la asistentul social cunoașterea mai multor modele teoretice. Pentru a face alegeri corecte din multitudinea de cunoștințe teoretice care ne stau la dispoziție, mai mulți autori propun să fie urmată calea eclectică, adică să fie combinate cadre teoretice diferite, în funcție de necesitățile cazului, de situația ce se cere a fi schimbată. Eclectismul sistematic, după D.M.Hepworth și S.A.Larsen (*Direct social work practice: theory and skills*, 1993), nu aderă în mod exclusiv nici la o teorie particulară, dar alege teorii și modele care s-au dovedit a fi, din punct de vedere empiric, cele mai eficiente în cazuri asemănătoare cu cel pe care îl avem acum. Eclectismul sistematic solicită asistentului social să fie la curent cu teoriile și cercetările de ultimă oră. Doar așa el va deveni un adevărat profesionist și va obține șansa de a soluționa problemele beneficiarului în modul cel mai eficient. Pentru savanții suedezi G.Bernler și L.Johnsson abordarea eclectică în asistența socială înseamnă combinarea ideilor și cunoștințelor, luate din diferite teorii, pentru a forma/construi o nouă teorie care va corespunde cerințelor înaintate de activitatea practică de ajutorare¹.

M.Roth, alături de D.Hepworth și J.Larson, recomandă asistenților sociali ca, în alegerea modelelor teoretice care să le

¹ A se vedea: Фирсов М.В., Студенова Е.Г. *Теория социальной работы*, p.102-134; *Социальная работа: теория и практика* (отв. ред. Е.И.Холостова, А.С.Сорвина), p.54-70; Бернлер Г., Юнссон Л. *Теория социально-психологической работы*. –Москва, 1992.

orienteze activitatea de intervenție într-un caz concret, să se conducă de următoarele criterii:

- să fie preferate teoriile, modelele care au fost experimentate, pentru care există date privind eficiența lor;
- să fie preferate teoriile a căror aplicare se poate realiza într-un răstimp mai scurt și cu un cost mai mic, dar cu eficiență sporită;
- să se țină cont de indicațiile privind aplicabilitatea practică. Teoriile cu un grad înalt de abstractizare conțin, de regulă, puține informații cu privire la modul de implementare în practică și de aceea valoarea lor pentru asistența socială este limitată¹.

Or, o bună cunoaștere a teoriei asistenței sociale îi va permite specialistului în acest domeniu să evite erorile, riscurile, să acționeze cu un grad ridicat de siguranță.

Gradul de generalitate

Teoria sistemelor. Teoria sistemelor are cel mai înalt grad de generalitate, reflectând o atitudine holistică ce ne ajută să înțelegem relațiile reciproce între indivizi și mediul în care trăiesc.

Prin sistem se înțelege „un întreg organizat, format din componente care interacționează în mod diferit, față de interacțiunea lor cu alte entități și care rezistă o perioadă de timp”². Fiecare element al sistemului este atât de legat de celelalte, încât orice schimbare a unuia dintre ele va determina o modificare a tuturor celorlalte și a sistemului în întregime. Sistemele se

¹ A se vedea: Roth-Szamosközi M. *Perspective teoretice și practice ale asistenței sociale*, p.118.

² Anderson R.E., Lowe G., Carter I.E. *Human behavior in the social environment: A social system approach*. –New York, 1999, p.294.

divizează în sisteme mecanice, organice și sociale. Viața socială prezintă caracteristica de sistem la toate nivelurile sale de organizare: individ, familie, grup, organizație, instituție socială, comunitate teritorială/localitate, societate globală/umanitate.

Orice sistem este un *holon*, adică fiecare sistem face parte dintr-un sistem mai mare și, în același timp, este compus din sisteme mai mici. O familie, de exemplu, este un sistem social care reprezintă doar o parte din suprasistemul vecinătății în care locuiește. Sistemele mai mici, care fac parte dintr-un sistem, sunt *subsisteme*. Copiii și părinții reprezintă subsisteme ale sistemului familial mai larg. Sistemul mai larg care include un alt sistem social constituie *mediul* acelui sistem. Mediul influențează și asigură contextul pentru funcționarea sistemului. Familia este un mediu social pentru sistemul copil. Or, toate sistemele au subsisteme și medii. Toate sistemele sunt subsisteme și, în același timp, medii.

Modul în care sunt dispuși indivizii și subsistemele din cadrul unui sistem reprezintă *structura sistemului*. În alți termeni, structura constituie modul de organizare internă a unui sistem, ansamblul relațiilor de interdependență dintre elementele, părțile lui componente. Relațiile stabilite între părțile componente ale unui sistem realizează întregul.

Teoria sistemelor își are rădăcinile în filosofia antică. Astfel, primele reprezentări despre sistem, ca totalitate de elemente ce se află într-o legătură strânsă și formează o anumită integritate, au apărut în lucrările lui Platon și Aristotel. Ulterior ele au fost dezvoltate în concepțiile lui Spinoza, Kant, Schelling, Hegel etc.

Teoria sistemelor și-a găsit aplicare largă în biologie, inginerie, fizică, cibernetică, matematică, astronomie, antropologie, sociologie, importanța ei fiind demonstrată de savantul

austriac *Ludwig von Bertalanffy* (1901-1972), considerat fondatorul teoriei sistemelor. În anii '30-40 ai secolului al XX-lea el a aplicat cu succes abordarea sistemică la studierea proceselor biologice, iar după cel de-al doilea război mondial a elaborat teoria generală a sistemelor. Ludwig von Bertalanffy a menționat faptul că un sistem are proprietăți holistice, fiind constituit din părți ce nu pot funcționa în mod separat. În concepția savantului austriac, toate organismele constituie sisteme formate din subsisteme. La rândul lor, aceste sisteme sunt părți ale unor suprasisteme.

Holismul (de la grecescul *holos*, ceea ce înseamnă complet, total, întreg) pune accentul pe întreg, diferitele părți ale căruia formează un sistem, pe relația funcțională și organică dintre părțile componente și întreg. Funcționarea unei părți le afectează și pe celelalte, de care depinde pentru a supraviețui. Disfuncționalitățile apărute între anumite părți (individ, cuplu, familie, grupuri, organizații, comunități) amenință cu distrugerea întregului sistem. Dacă vom putea stabili cauzele acestor disfuncții, vom putea determina și modalitățile de depășire a lor, necesare pentru asigurarea stabilității sistemului. De exemplu, tulburările comportamentale ale unui copil își pot avea originea în disfuncționalitățile de relație ale părinților. Normalizarea acestor relații va conduce la dispariția problemelor de comportament ale copilului.

Sistemul reprezintă o entitate cu granițe limitate, în interiorul cărora energia fizică și mentală (psihologică) este schimbată mai mult decât în afara acestor granițe. Granițele delimitează sistemele și exprimă permeabilitatea sau numărul permis de tranzații/interacțiuni între sisteme. Astfel, fiecare sistem familial are anumite granițe (fizice, sociale, psihologice), care protejează integritatea sistemului și determină cine se află în

interiorul acestuia și cine – în afara lui. Aceste granițe permit, însă, contacte cu alte sisteme externe. Sistemele pot fi închise și deschise.

Sistemul închis reprezintă un sistem care nu realizează schimburi în afara granițelor (ca fiind într-o sticlă închisă etanș), nu are acces la mediu (sau accesul lui la resurse suplimentare este limitat) și trebuie să-și acopere toate necesitățile folosind resursele proprii care, desigur, se pot epuiza. De exemplu, în situații rare sistemul familial poate fi un sistem închis, adică membrii familiei nu interacționează cu alții, sau aceste interacțiuni sunt foarte reduse (cazul imigranților).

Sistemul deschis reprezintă sistemul în care energia internă traversează granițele, este permeabil, adică interacționează frecvent și face schimburi de resurse cu alte sisteme, cu mediul lui. Sistemul familial este, în majoritatea cazurilor, un sistem deschis, membrii familiei interacționează cu membrii familiei extinse (bunei, unchi, mătușe, verișori), precum și cu sisteme extrafamiliale (școală, vecini, biserică etc.).

Starea unui sistem este definită de următoarele caracteristici:

- *stabilitate* – se referă la modalitatea prin care un sistem se menține primind energia din afară și utilizând-o;
- *echilibru* (homeostazie) – capacitatea sistemului de a-și menține natura/esența fundamentală în pofida modificărilor suportate;
- *diferențiere* – de-a lungul timpului sistemul evoluează în ceva complex, cu mai multe componente;
- *nonsumativitate* – întregul constituie ceva mai mult decât suma părților sale componente;

- *reciprocitate* – dacă una dintre părțile sistemului se schimbă, schimbarea influențează toate celelalte părți, care, la rândul lor, se vor schimba¹.

Abordarea sistemică este aplicată actualmente de către savanți la cercetarea celor mai diverse domenii. O utilizare tot mai largă ea capătă și la analiza fenomenelor sociale. Menționăm, însă, că principiile sistemului au fost utilizate la analiza realității sociale cu mult înainte de elaborarea teoriei generale a sistemelor. Astfel, părintele sociologiei A.Comte a asemănat societatea umană cu un organism viu, iar H.Spencer a atribuit un rol deosebit în lucrările sale evidențierii legităților structurale comune în evoluțiile neorganică, biologică și socială.

În secolul XX reprezentările sistemice au devenit parte inalienabilă a teoretizării sociologice. În cartea *Sistemul sociologiei* (1920) P.Sorochin menționa că societatea nu există în afara indivizilor și independent de aceștia. Societatea există numai ca un sistem de unități care interacționează, fără de care și în afara cărora ea este imposibilă, tot așa precum este imposibil orice fenomen fără părțile lui componente².

Societatea funcționează ca un sistem extrem de complicat, alcătuit din elemente (indivizi, grupuri, comunități, instituții sociale etc.) legate prin funcții specifice și care, la rândul lor, constituie subsisteme interdependente.

Dintre subsistemele societății fac parte:

- *subsistemul biosocial* sau *sociogenetic*, având ca funcție reproducția socială a populației;

¹ A se vedea: Buzducea D. *Aspecte contemporane în asistența socială*, p.132-133.

² Сорокин П.А. *Система социологии*. –Петроград, 1920, т.1, p.247.

- *subsistemul ecologic* sau *sociogeografic* – include relațiile oamenilor cu mediul natural, modul de habitat, relațiile de vecinătate, procesele de migrare și de deplasare a populației etc.;
- *subsistemul economic* – include producătorul bunurilor materiale și serviciilor prin utilizarea resurselor naturale și a forței de muncă;
- *subsistemul cultural* – include crearea și difuzarea valorilor, codurilor, simbolurilor;
- *subsistemul politic* – include ansamblul proceselor decizionale.

Între toate subsistemele societății există raporturi de interdependență. Din perspectivă sistemică, funcționarea societății presupune adaptarea structurilor și funcțiilor subsistemelor componente astfel încât să se păstreze un echilibru dinamic între acestea, precum și între subsisteme și ansamblul social. Deteriorarea echilibrului va conduce la fenomene de criză, acestea impunând necesitatea intervenției asistentului social¹.

Teoria sistemelor începe să se bucure de popularitate în rândurile asistenților sociali în anii '70. *L.Hearn* este considerat unul dintre primii cercetători care au aplicat teoria sistemelor în asistența socială. Este semnificativă și contribuția cercetătorilor *H.Goldștein*, *A.Pincus* și *A.Minohan* în ceea ce privește aplicarea ideilor teoriei sistemelor în practica asistenței sociale.

În asistența socială teoria sistemelor pornește de la premisa că problemele umane trebuie privite în propriul context de împrejurări. Problemele umane formează un sistem unitar cu mediul înconjurător, ele sunt produse inclusiv și de acest mediu.

¹ A se vedea: Bocancea C. Neamțu G. *Elemente de asistență socială*, p.21.

Dezvoltarea indivizilor se datorează interacțiunii lor cu mediul înconjurător, sistemele sociale.

Din această perspectivă, o importanță deosebită o au trei tipuri de sisteme: sistemele informale/naturale (familia, prietenii, vecinii), sistemele formale (grupuri comunitare, uniuni comerciale), sistemele societale (spitale, școli etc.).

După cum menționează D.Buzducea, persoanele în dificultate, de regulă, nu sunt capabile să utilizeze aceste sisteme din variate motive:

- ele nu există în viața lor și, ca atare, nu dispun de resursele necesare pentru a face față problemelor (situația bătrânilor rămași singuri);
- persoanele nu știu despre existența acestor sisteme sau nu știu cum să le folosească (un copil abuzat de părinți nu știe unde și cui să se adreseze sau nu face acest lucru de frică să nu fie luat din propria familie și dus într-un centru de plasament);
- politicile procedurale pot crea noi probleme pentru utilizatori (dependență, conflicte de interese);
- sistemele pot intra în conflict unul cu altul¹.

Asistentul social trebuie să depisteze ce elemente din cadrul interacțiunilor dintre beneficiari și mediu creează probleme. Se poate întâmpla, însă, ca nici beneficiarul, nici mediul să nu aibă probleme, dar relația lor să fie problematică. Disfuncțiile apărute se pot datora faptului că oamenii singuri nu dispun de abilități de relaționare cu mediul în care se află. În asemenea situații se simte nevoia implicării asistentului social care să-i ajute să dezvolte conexiuni cu sociumul, cu sistemele-resursă.

¹ Buzducea D. *Aspecte contemporane în asistența socială*, p.134.

Abordarea sistemică presupune o cercetare și cunoaștere a problemei beneficiarului din perspectiva unor sisteme de niveluri diferite, precum sunt:

- *microsistemul* – reprezintă acea parte din totalitatea mediului fizic și social cu care individul este în contact direct în viața de zi cu zi;

- *mezosistemul* – reprezintă mediul mai larg de existență al unui individ sau al unei familii nucleare: familia lărgită, vecinătatea, comunitatea, în care este inclusă persoana asistată direct;

- *exosistemul* – cuprinde acele subsisteme (organizații) din care asistatul nu face parte în mod direct, dar care pot să-l influențeze în măsură semnificativă (școala unde învață copilul, instituția în care lucrează părinții, biserica etc.);

- *macrosistemul* – reprezintă cel mai larg cadru de influență, este comun majorității membrilor grupurilor care trăiesc împreună și implică structuri fizice, sociale, culturale, economice și politice mai largi ale societății în care crește (valori, norme, prejudecăți, obiceiuri, legislație, limbaj etc.). Toate aceste niveluri se influențează reciproc, întregul fiind reflectat în fiecare dintre părți și toate părțile fiind aspecte complementare ale întregului.

La fiecare dintre nivelurile sistemice menționate pot exista factori de risc, care favorizează apariția sau agravarea unei probleme, dar și factori care diminuează posibilitățile de producere a riscului. Pentru ca activitatea asistentului social să fie cât mai eficientă, este necesar ca el să acționeze asupra tuturor subsistemelor critice ale unui sistem problemă. Totodată, din perspectivă sistemică, este necesar să se conștientizeze că și asistentul social este o parte a sistemului care formează mediul

beneficiarului, o parte a câmpului de interacțiuni dintre persoana asistată și mediul său.

Un element de lucru specific asistenței sociale, inspirat din abordarea sistemică, este harta ecologică, numită și ecomapă. *Harta ecologică* reprezintă o diagramă scrisă a sistemului ecologic al unui beneficiar, care descrie subsistemele majore din mediul de viață: familial, instituțiile și organizațiile din comunitate, celelalte persoane sau persoane-risc care afectează și influențează sau sunt influențate de către acel beneficiar (persoană-țintă) și familia sa. Ea indică poziția și distanța factorilor specifici contextului social al beneficiarului-țintă, permițând formarea unei imagini sintetice¹.

Teoria ecosistemică. Practica asistenței sociale se bazează în prezent în mare măsură pe *perspectiva ecosistemică* ce conceptualizează schimbările dintre oameni și mediul lor fizic și social. Perspectiva ecosistemică îmbină termeni-cheie din ecologie și teoria generală a sistemelor. După cum s-a menționat anterior, *ecologia* este una dintre numeroasele discipline care îmbogățesc baza de cunoștințe a asistenței sociale și ghidează activitățile practice. Ea permite să fie înțelese interacțiunile dintre persoane și mediile lor. Ecologia „se concentrează în special asupra modului în care lucrurile interacționează, se adaptează unul la celălalt”². Asistența socială include concepte din știința mediului care ajută la explicarea comportamentului, adaptării noastre la mediul în care trăim, la înțelegerea diversității umane.

¹ A se vedea: M.Roth-Szamosközi. *Perspective teoretice și practice ale asistenței sociale*, p.102-107.

² Greif G.L. *The ecosystems perspective „Meets the press” // Social Work*, 1986, 31, p.225-226.

Teoria generală a sistemelor oferă principii privind funcționarea sistemelor umane. Împreună, teoria ecologistă și teoria sistemelor descriu configurația și funcționarea sistemelor umane în mediile lor sociale și fizice.

Conform perspectivei ecosistemice, persoanele și mediile nu sunt separate, ci interacționează permanent. M.Siporin menționează că „oamenii și mediul lor fizic, social și cultural interacționează reciproc prin schimburi complementare de resurse”¹. Or, perspectiva ecosistemică oferă un cadru pentru înțelegerea modului în care mediul influențează oamenii și oamenii influențează mediul. Perspectiva ecosistemică este compatibilă cu diverse teorii comportamentale, devenind astfel un instrument extrem de util pentru analizarea multiplelor perspective pe care asistenții sociali le aplică în practică. Importanța teoriei ecosistemice pentru practica asistenței sociale devine relevantă sub trei aspecte principale, care se datorează faptului că:

1) are un caracter integrativ, folosind multiple teorii utile pentru a surprinde complexitatea comportamentului uman;

2) ia în considerație comportamentul indivizilor, familiilor, organizațiilor, comunităților și relațiile dintre acestea, devenind astfel o perspectivă eficientă pentru practica asistențială generală;

3) se concentrează, în primul rând, asupra modului în care omul și mediul se adaptează unul la celălalt, ceea ce permite să fie dezvăluite cauzele problemelor apărute.

Perspectiva ecosistemică, conceptualizând și explicând funcționarea sistemului uman, constituie o sursă de informații pentru practica asistenței sociale. Astfel, ea:

¹ Siporin M. *Ecological system theory in social work // Journal of Sociology and Social Welfare*, 1980, 7, p.507-532.

- prezintă o imagine dinamică a ființelor umane ca sisteme care interacționează în context; descrie oamenii ca ființe extrem de complexe (ființe biologice, psihologice, sociale etc.), înzestrate cu sentimente, comportamente, inițiative proprii, dar în același timp fiind modelate de mediul în care trăiesc (moștenirea culturală); oamenii sunt prezentați ca subiecți activi ai evenimentelor, dar, în același timp, limitați de condițiile mediului de viață;

- subliniază importanța interacțiunilor reciproce dintre sistemele umane. Fiecare dintre noi interacționează în fiecare zi cu oameni din jur (vorbit cu prietenii, discutăm o problemă în familie sau la serviciu, facem cumpărături etc.), devenim părți ale unor sisteme mai extinse. Interacțiunile sunt mijlocul prin care oamenii și sistemele fac schimb de resurse cu mediile lor. Prin urmare, interacțiunile eficiente asigură dezvoltarea sistemului, iar cele neproductive, din contra – îl inhibă, devenind chiar o amenințare pentru existența acestuia. Din această perspectivă, devine clar că atât oamenii, cât și mediul se pot schimba;

- urmărește modul în care comportamentul uman și interacțiunile evoluează în timp, ca reacție la forțe interne și externe. În decursul vieții oamenii se dezvoltă fizic, emoțional și intelectual. Toate aceste schimbări sunt reflectate în comportamentele lor. Or, comportamentul uman este determinat nu doar de evenimentele din cadrul sistemului în care se află persoana, dar și de experiențele interne ale acesteia. Nici un comportament uman nu poate fi atribuit doar unor cauze, fie din lumea exterioară sau din lumea interioară. Factorii interni și cei externi se influențează reciproc. Noi creăm lumea din jur în aceeași măsură în care lumea ne creează pe noi;

- conceptualizează toate interacțiunile ca adaptabile sau logice în context, definește comportamentul uman ca adaptare la o anumită situație. Acțiunile noastre reprezintă încercări de a

răspunde competent la situațiile cu care ne confruntăm. Noi facem ceea ce este în puterile noastre, ținând cont de ceea ce știm despre noi și de ce este necesar de făcut în situația dată, de ceea ce se întâmplă în lumea noastră inferioară și de ceea ce se întâmplă în jurul nostru. Ființele umane răspund simultan unei multitudini de evenimente din mediul intern și extern. Adaptarea perfectă însă nu există. Mediul nu asigură ceea ce îi lipsește individului/sistemului, iar acesta, la rândul său, nu este în stare să compenseze cu propriile resurse ceea ce nu oferă mediul;

- dezvăluie multiple posibilități de schimbare pentru persoane, grupurile lor sociale și mediile lor sociale și fizice, explică procesul prin care oamenii își dezvoltă puncte tari și puncte slabe, orientând spre primele; pe de o parte, sprijină intervențiile orientate spre mediu și axate pe consolidarea și crearea unor rețele de sprijin social, iar, pe de altă parte, încurajează intervențiile orientate spre individ care au ca scop promovarea competențelor personale pentru îndepărtarea unor obstacole din calea atingerii obiectivelor personale¹.

Perspectiva ecosistemică ghidează practicienii asistenței sociale în construirea unor relații eficiente cu beneficiarii, evaluarea funcționării beneficiarilor și în aplicarea activităților de schimbare. Ea le lărgeste viziunea asupra comportamentului uman, le sugerează modalități de conceptualizare și planificare a muncii lor. Menționăm însă că asistenții sociali îmbină, de obicei, concepte din mai multe teorii și perspective privind funcționarea sistemului uman pentru a crea cadre adecvate practicii².

¹ Holahan C.J., Wilcox B.L., Searly J.L., Campbell M.D. *The ecological perspective in community mental health // Community Mental Health Review*, 1979, 4, p.6.

² A se vedea: Miley K.K., O'Melia M., DuBois B. *Practica asistenței sociale*, p.47-75.

Teoria rețelelor. Această teorie prezintă un interes deosebit în cadrul epistemologiei sistemice. Una dintre cele mai importante direcții ale acestei teorii este analiza rețelelor din cadrul sistemelor de sprijin/suport social.

Analiza de rețea sau „*metoda rețelelor*” constituie o formă de „cooperare” sau conciliere a macrosocialului cu microsocialul, a structurilor cu microstructurile, a organismelor și elementelor formale cu manifestările informale ale relațiilor sociale. Dezvoltată prin excelență în sociologie, dar întâlnită și în alte științe fundamentale (biologie, etnologie, psihologie, chimie, economie etc.), „analiza de rețea” este o metodă indispensabilă în asistența socială, adică în activitățile de sprijin al categoriilor de populație marginalizate.

Această analiză se concentrează atât asupra grupurilor de sprijin formal, cât și asupra sprijinului informal oferit de către prieteni, vecini, membrii familiei. Orice persoană conviețuiește în cadrul unor rețele formale sau informale. Gradul de conectivitate al acestora asigură socializarea, adaptivitatea și funcționarea socială optimă.

Prin rețeaua socială înțelegem un ansamblu de relații sociale care variază de-a lungul vieții în funcție de diverse statusuri și roluri sociale, contexte socioculturale, obiceiuri și tradiții, zonă de existență, tipul și caracterul persoanei, evenimentele de viață etc.

Rețeaua de suport/sprijin social reprezintă o parte a rețelei sociale a persoanei, ce corespunde și satisface unele nevoi psihosociale ale acesteia în viața de toate zilele sau în situații de criză, asigurând sprijin afectiv, emoțional și instrumental concret persoanei în cauză.

Structura rețelei de sprijin social cuprinde: numărul total al persoanelor, caracteristicile demografice ale membrilor rețelei, pregnanța contactelor (frecvența întâlnirilor și a comunicărilor),

modalitatea legăturilor (simetrice, asimetrice), intensitatea legăturilor reciproce, gradul de accesibilitate al persoanei aflate în relație, tipul de relație, stabilitatea și durata legăturilor, proporția legăturilor multiple (economice, religioase etc.), contextul în care se realizează legăturile.

Se poate interveni fie la nivel personal (sprijin psihologic, dezvoltarea deprinderilor, competențelor de soluționare a problemelor), fie la nivel social (educație pentru a stimula sistemele de sprijin ale persoanei în dificultate). Rolul asistentului social este de a fi un intermediar între oameni, de a stabili o interacțiune între beneficiar și alte persoane.

Orice intervenție socială ia forma unei acțiuni în rețea, cea mai simplă reprezentare a acesteia fiind cea triunghiulară (a se vedea *Figura 4.2*).

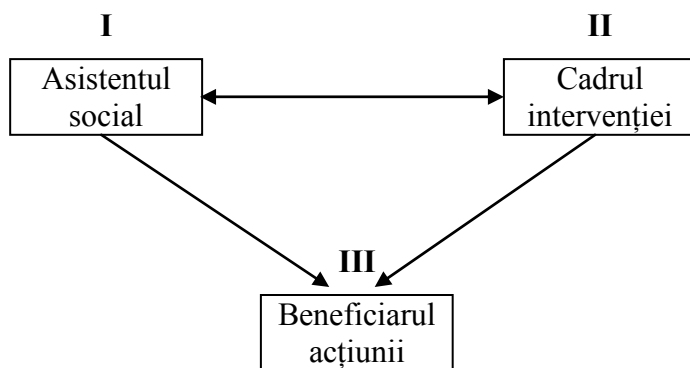


Fig. 4.2. Acțiunea în rețea a intervenției sociale.

Cele trei părți se află în raporturi de interdependență și condiționare reciprocă, constituind trei sisteme de elemente:

- 1) *sistemul asistent social* – asistentul social se implică în activitatea de intervenție cu tot ceea ce înglobează personalitatea sa (cu sufletul și spiritul, cu sensibilitatea, intuiția, valorile, experiențele și cunoștințele sale);
- 2) *sistemul social* (politic, economic, normativ, cultural) al intervenției;
- 3) *sistemul beneficiar* – vizează persoana sau grupurile de populație care s-au adresat după ajutor.

După cum menționează sociologul român V.Miftode, modelul intervenției în rețea favorizează mobilizarea de resurse existente în grupurile, mediile, mai precis, în rețelele din care fac parte persoanele în dificultate, în scopul unei ajutorări mai eficiente a acestora. De exemplu, analizând unul din fenomenele relativ noi, specific perioadei de tranziție, precum este cel al copiilor străzii, constatăm că el a apărut în condițiile dereglării, disfuncțiilor sociale din sistemul rețelelor interumane „din imediata apropiere” a familiilor acestor copii (destrămarea familiilor, apariția bandelor de cartier, dezorganizarea instituțiilor de profil destinate copiilor, practica exploatării copiilor de către părinți etc.). Pentru a rezolva asemenea cazuri concrete sau pentru a elabora proiecte de intervenție socială în vederea diminuării fenomenului se impune a utiliza – în mod necesar – **analiza de rețea**, identificând în primul rând:

- 1) *rețeaua de origine* din care a făcut sau face parte copilul (familie, vecinatate, grup de prieteni etc.);
- 2) *rețelele de influență* asupra copiilor respectivi (bande de cartier, adulți infractori, rude dependente etc.);
- 3) *rețelele beneficiare*;

4) *rețelele de ajutor și intervenție* (atât în zona informală, cât și în zona formală)¹.

Printre principiile directe fundamentale ale metodei rețelelor, de care este necesar să se țină cont în munca asistentului social, se numără următoarele:

1. Analiza de rețea derivă din structura obiectivă a fenomenelor și elementelor și din unitatea cantitativ-calitativă a realității.

2. Macro- și microstructurile diferitelor grupuri sau rețele (primare sau secundare, informale sau formale etc.) se află în raporturi de interdependență. După cum se știe, orice individ muncește sau acționează, într-o formă sau alta, într-un sistem – rețea, adică în legătură interdependentă cu alți indivizi, aflați ei înșiși în sisteme de relații socioeconomice, politice, culturale sau afective, adică în rețele specifice ale vieții sociale. De asemenea, fiecare dintre noi face parte dintr-o structură socială (familie, echipă, vecinătate, grup etc.), dintr-un mediu social specific și, prin aceasta, dintr-o rețea de raporturi sociale diferite.

3. Rețelele sociale obiective determină constituirea unor rețele subiective în viața socială: rețele de opinii, atitudini, conduite, mentalități, credințe sau percepții ale fenomenelor din lumea înconjurătoare.

4. Din perspectiva cantitativă, analiza de rețea semnifică atât rolul măsurării empirice, cât și rolul complementarității datelor și al analizelor calitative.

5. Din perspectiva calitativă, metoda rețelelor vizează, dimpotrivă, rolul interpretării teoretice a informațiilor într-o concepție specifică (teoria sistemică, structurală sau a rețelelor) și complementaritatea analizelor cantitative.

¹ A se vedea: Miftode V. *Fundamente ale asistenței sociale*, p.150.

6. Raporturile interpersonale informale joacă un rol principal în diversificarea și în constituirea unor noi configurații în rețea a relațiilor sociale în ansamblul lor.

7. Fiecare individ se naște în interiorul unei rețele care constituie punctul de plecare al condiționării lui sociale; dar, pe parcursul vieții, din momentul în care el începe să se orienteze spre un anumit tip de socializare, face alegeri care pot să-l distanțeze mult de condiționarea inițială.

8. Raporturile de rudenie și „rolurile familiale” constituie un model pilot pentru dezvoltarea unei teorii și pentru elaborarea unei metode moderne de investigare și cunoaștere.

9. Semnificația, „forța” sau valoarea unei informații care circulă în rețea este invers proporțională cu „forța” sau „apropierea” relațiilor-cauză. Spre exemplu, un șomer care caută un loc de muncă prin relații informale are cu atât mai multe șanse de a găsi acest loc, cu cât mai mult „se îndepărtează” de „centrul”, mediul în care se află (familia, prietenii etc.), trecând din zonă în zonă spre periferia „persoanelor necunoscute”. În rândul persoanelor „apropiate” circulă, de regulă, același set de informații. Zona informațiilor noi este zona „relațiilor slabe”, adică zona periferică a rețelei, sau „spațiul social” de dincolo de limita avută în vedere la un moment dat (a se vedea *Figura 4.3*).

10. Modificarea naturii relațiilor generează o nouă rețea, cu noi actori¹.

Cu referire la *tipurile și formele de rețele sociale*, menționăm că în viața socială există o multitudine de rețele care se caracterizează prin raporturi interumane, perspective și obiective diferite. Din perspectiva naturii relațiilor sociale deosebim următoarele grupe/ tipuri de rețele:

¹ A se vedea: Miftode V. *Fundamente ale asistenței sociale*, p.150-155.

- I: a) primare (informale, neoformale);
b) secundare (formale, oficiale);
c) secundare-informale;
- II: a) de autoritate și putere;
b) de prietenie și cooperare (sau ajutor);
- III: a) de rudenie, familiale;
b) de muncă, colegialitate;
- IV: a) tranzacționale – comunicare;
b) reciprocitate – proximitate.

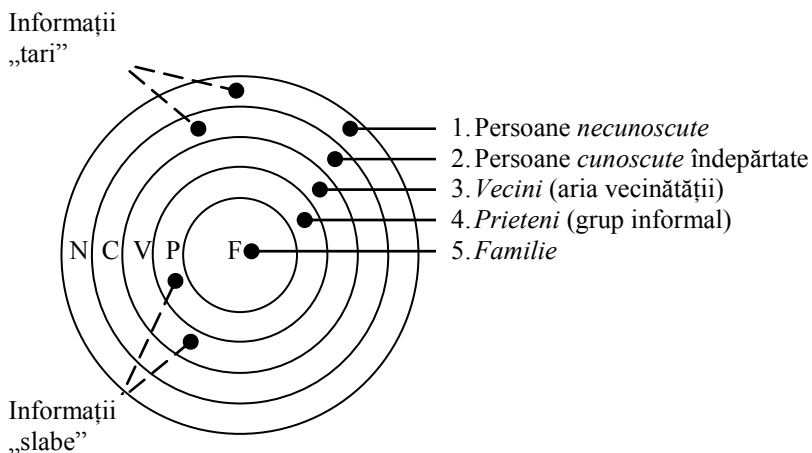


Fig. 4.3. Rețele și zone concetrice de circulație a informațiilor și actorilor sociali.

Sursa: V.Miftode. *Fundamente ale asistenței sociale*, 1999.

Prin *rețeaua primară* înțelegem „unitatea de viață socială” ce grupează persoane care se cunosc și care sunt unite unele cu

altele prin legături de rudenie, prietenie, vecinătate sau muncă. O asemenea rețea reprezintă un ansamblu natural de indivizi în interacțiune. În alți termeni, rețeaua primară este formată din indivizi care au contacte și legături directe cu persoana în cauză, implicând, de regulă, un atașament (membrii familiei, prietenii, vecinii, partenerii de muncă).

Rețeaua secundară (formală, oficială) reprezintă instituțiile sociale care au o existență oficială, sunt structurate într-un mod precis, îndeplinesc funcții specifice și oferă servicii particulare.

Rețelele secundare informale sunt rețelele care au apărut la inițiativa unor membri ai rețelelor primare din necesitatea de a răspunde propriilor lor nevoi și de a găsi soluții unor dificultăți comune fără a ajunge la un statut instituțional veritabil¹. De exemplu, locatarii unui bloc stabilesc în comun cum să păstreze starea sanitară, amenajarea teritoriului aferent. (Se apelează la sprijinul bătrânilor, persoanelor care stau acasă, se stabilesc zile de serviciu pentru fiecare familie, se angajează o persoană specială cu o anumită remunerare voluntară din partea locatarilor etc.).

În concluzie menționăm că teoria sistemelor și analiza de rețea au modificat mentalitatea veche a centrării pe client sau a reprezentării rețelei pornind de la individ, care ar fi centrul domeniului și care ar impune, astfel, focalizarea acțiunilor pe problema singulară (sau individualizată) a acestuia, pe diagnosticul sau dificultățile lui fără a se ține cont în măsură suficientă de mediul său social. Studiul rețelelor sociale apropie analizele macro cu cele microsociale, iar asistentul social, pentru o mai bună realizare a intervenției, când are o cerere de ajutor, trebuie să facă apel la complexitatea rețelelor și a sistemelor de rețele sociale, ceea ce îi va permite să descopere multitudinea de factori

¹ A se vedea: Sanicola L. *L'Intervention de reseaux*. –Napoli: Bayard Edition, 1994, p.194.

generatori de probleme, precum și multitudinea de resurse prin care aceste probleme pot fi soluționate. Totodată, este necesar să conștientizăm și faptul că deoarece asistentul social se concentrează mai mult pe construirea sistemelor și a rețelelor, există pericolul ca individul să fie neglijat. Or, teoriile sistemelor și a rețelelor posedă un grad înalt de generalitate, ceea ce poate genera multiple dificultăți în aplicarea lor la cazuri specifice.

4.5. Teorii specifice ale asistenței sociale

De rând cu teoriile generale, în practica asistenței sociale sunt aplicate și un șir de teorii specifice, cu o acțiune mult mai restrânsă, dar cu obiective precise. În cadrul acestora se înscriu: *teoria îngrijirii*, *teoria atașamentului*, *teoria participării*, *teoria pierderii* și altele¹.

Teoria îngrijirii ocupă un loc central în sistemul teoriilor specifice dat fiind că ea se află în imediata apropiere de obiectivul principal al asistenței sociale. Astfel, după cum se știe, prin activitățile de asistență socială se urmărește ajutorarea persoanelor aflate în dificultate, care nu pot să-și rezolve de sine stătător problemele.

Termenul „*îngrijire*” înseamnă a purta de grijă cuiva, a căuta de cineva, a da primul ajutor unui bolnav, unei persoane nimerite într-o nevoie, a întreține pe cineva, lipsit de resurse materiale și fizice etc. Din perspectiva asistenței sociale îngrijirea unui individ nu presupune neapărat 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

¹ A se vedea: Miftode V. *Fundamente ale asistenței sociale*, p.207-223.

asistentului social și a risca denigrarea adevăratelor funcții de îngrijire care caracterizează natura profesiei”¹.

Îngrijirea socială este mult mai complexă decât cea *medicală*. Cele două forme de îngrijire 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 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.

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. Or, activitatea asistentului social trebuie să se înscrie organic în sistemul îngrijirii, din perspectiva diferiților actori:

- a) a beneficiarului (autoîngrijire, participarea 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 în întregime.

¹ Davies M. *The essential Social Worker: A Guide to Positive Practice*. –London, 1991, p.28-46.

Activitățile de ajutorare a persoanelor vulnerabile, defavorizate au existat în toate epocile istorice. Asistența socială, ca sistem de îngrijire, a apărut însă odată cu societatea modernă, cu valorile și exigențele conștientizate ale vieții individuale și comunitare. Ea a apărut ca o activitate complementară, dar necesară pentru a compensa fie neajunsurile diferitelor forme de îngrijire umană, fie dezinteresul care se manifestă chiar și în cele mai democratice societăți față de propriii membri.

Îngrijirea umană presupune o intervenție calificată și sistemică, adică implicarea unei serii întregi de profesioniști (sociologi, psihologi, juriști, medici etc.) organizați în echipe, locul central în care îl deține asistentul social. *Obiectivul fundamental al îngrijirii* îl constituie asigurarea pe termen lung a independenței beneficiarilor (în măsura posibilă). Aceasta nu înseamnă o simplă soluționare a problemelor materiale cu care se confruntă beneficiarii, dar în primul rând formarea abilităților ca aceștia prin forțe proprii să-și asigure împlinirea aspirațiilor. Din această perspectivă, îngrijirea socială, de exemplu, a persoanelor cu nevoi speciale nu trebuie să însemne transformarea acestora în dependenți definitivi ai instituției publice, dar să se axeze prioritar pe recuperarea lor profesională, creându-le astfel posibilitatea de a obține un loc de muncă adecvat, iar, drept urmare, și de a duce o viață normală, independentă. Or, o adevărată protecție sau îngrijire umană presupune, incontestabil, apărarea demnității persoanei asistate, care poate fi realizată în condițiile unei independențe, pe cât este posibil, materiale și afective față de ceilalți.

Asistenții sociali trebuie să asigure indivizilor defavorizați o îngrijire atât direct, cât și prin menținerea unui climat comunitar favorabil dezvoltării normale a fiecărui cetățean sau grup uman. În aceeași măsură asistentul social trebuie să prevină, să mențină

sub control comportamentele deviante, consecințele acestora atât asupra individului cât și asupra societății. De regulă, fiecare asistent social, fiecare agenție tinde să se specializeze în realizarea unei îngrijiri specifice, centrate pe un caz particular sau pe cazuri asemănătoare care solicită intervenții, tehnici, metodologii specifice (îngrijirea familiilor destrămate, a copiilor abandonati, a „copiilor străzii”, vagabonzilor, a tinerilor șomeri, a foștilor deținuți etc.). Cu toate acestea, 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, pentru a stopa eventuala deteriorare a condițiilor de viață sau a performanței individuale, pentru a combate pesimismul beneficiarului, care nu mai crede într-un viitor mai bun. Toate cele menționate fac parte din dimensiunile conceptului de îngrijire și, totodată, din sistemul elementelor caracteristice teoriei specifice a îngrijirii umane.

Martin Davies a evidențiat trei domenii de probleme de importanță majoră în sistemul de îngrijire socială, care includ:

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

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. Desigur, este greu de

imaginat un asemenea timp, lucrurile fiind mult mai complicate. Dificultățile cu care se confruntă asistentul social în lucrul cu familia-problemă sau cu diferiți membri ai acesteia sunt adesea insurmontabile (rezistența familiei la schimbare, refuzul acesteia de a accepta interviurile cu asistenții sociali, de a respecta regulile prescrise etc.). Dar și în asemenea situații asistentul social nu poate ignora problemele vulnerabile, chiar dacă nu totdeauna va fi în stare să facă față la ele. În caz contrar, aceste probleme vor genera consecințe grave. Existența, de exemplu, într-o familie a unui membru handicapat poate favoriza izolarea treptată a familiei de mediul social înconjurător (jena, rușinea de o asemenea situație), poate afecta cariera social-profesională a familiei, agravându-i problemele financiare etc.

Îngrijirea copiilor în familie

Creșterea și îngrijirea copiilor în familia de origine (de preferință) sau în afara acesteia – în familii-substitut sau în diferite instituții publice (în ultima instanță) constituie obiectivul principal din lista de priorități ale sistemului de asistență socială. Cercetările realizate în decursul mai multor decenii au demonstrat 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 constituie prima etapă strategică a sistemului de îngrijire umană – domeniu mult mai complex și diversificat în dependență de indivizii care au nevoie de protecție și de îngrijire (copii abuzați, adulți dependenți de alcool, drog etc.).

Ca alternativă la ocrotirea familială este *ocrotirea Foster* (Foster Care)¹, termen utilizat în țările vorbitoare de limbă

¹ A se vedea: *Asistența socială în Marea Britanie și România*, p.16-28, 87-94.

engleză, care înseamnă familie-substituit, plasament familial. În România se operează în acest sens cu termenul „asistență maternală profesionistă”, iar în Republica Moldova – cu termenul „asistență parentală profesionistă”.

Ocotirea Foster presupune plasamentul în altă familie a unui sau mai multor copii în dificultate sau rămași fără îngrijirea părintească. Munca asistentului maternal/parental profesionist are multe asemănări cu însuși faptul de a fi părinte, dar în același timp implică mai mult decât aptitudinile părintești, dat fiind că copilul va menține legături cu familia lui biologică sau cu instituția unde a fost îngrijit anterior¹.

Dreptul copilului, temporar sau definitiv lipsit de mediul său familial, sau care, în propriul său interes, nu poate fi lăsat în acest mediu, la o asemenea formă de protecție este consfințit prin art. 20 al Convenției ONU privind Drepturile Copilului. Astfel, în respectivul articol se menționează că Statele-părți vor prevedea pentru acești copii o ocrotire alternativă în conformitate cu legislația națională, între altele, formele de *plasament familial*, adopție sau, dacă e cazul, încredințarea într-o instituție corespunzătoare pentru copii.

Există o largă diversitate de situații în care copiii și familiile nu mai pot locui împreună datorită unor factori structurali, precum sunt sărăcia, războiul, sau a unor factori personali (boală, abuz sau abandon). Spre deosebire de copilul adoptat, copilul primit în plasament nu devine din punct de vedere juridic membru al familiei de primire, ci continuă să aparțină familiei de origine. Pe durata plasamentului, părinții copilului își mențin drepturile și obligațiile față de copil, au dreptul să mențină un contact permanent și nemijlocit cu el, să corespundă cu acesta și să-l

¹ A se vedea: George V. Foster *Care: Theory and Practice*. –London, 1983; *Asistentul maternal*. –București, 1999.

viziteze cu acordul persoanei unde a fost plasat, în prezența reprezentanților serviciului public specializat, dacă nu este în detrimentul copilului. Asistenții parentali/maternali sunt cei care stabilesc aceste contacte.

Ocotirea Foster se împarte în două categorii principale: 1) plasament de scurtă durată, sau ocrotire temporară, suplimentară; 2) plasament de lungă durată, sau ocrotire permanentă, substitutivă.

- *Plasamentul de scurtă durată* este pentru o perioadă ce nu depășește 12 luni și urmărește sprijinul familiei și copilului în depășirea unei crize temporare. Este vorba, de exemplu, de familii în care părintele singur este spitalizat sau deținut sau în care un copil sau un adult cu dizabilități are nevoie de tratament sau asistență de urgență etc.

- *Plasamentul de lungă durată* este pentru o perioadă de până la atingerea de către copil a vârstei majoratului și reprezintă o ocrotire alternativă pentru copiii separați de părinții lor, când părinții nu pot sau nu vor să aibă grijă de propriii copii. Moartea, boala severă sau handicapul sunt, de exemplu, situații în care copiii au nevoie cel mai des de plasament familial permanent sau substitutiv. *Figura 4.4* prezintă o largă gamă de posibilități pentru plasamente familiale suplimentare sau substitutive.

Republica Moldova cunoaște mai multe experiențe reușite la capitolul plasamentul familial. Acest serviciu a început să fie dezvoltat din anii 2000 în municipiul Chișinău, în raioanele Cahul, Orhei, Ungheni. În 2008 în Republica Moldova erau 45 de familii de asistenți parentali profesioniști, aprobați în baza Regulamentului cu privire la serviciul de asistență parentală profesionistă și care luase în plasament 65 de copii.

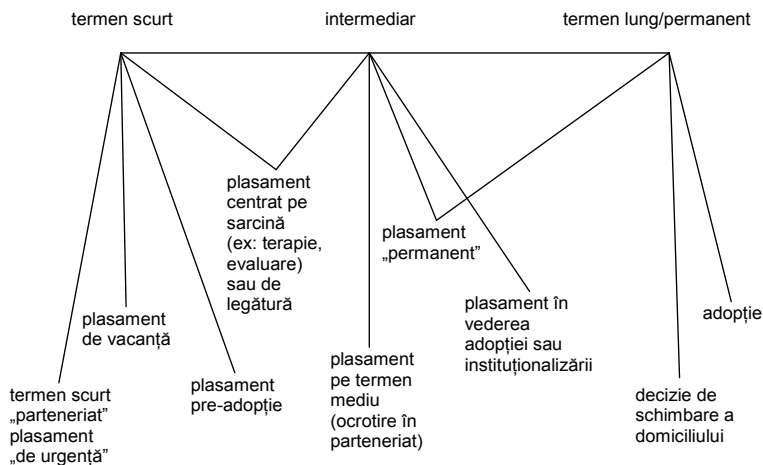


Fig. 4.4. Tipuri de plasament.

Sursa: Asistența socială în Marea Britanie și România, p.19.

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

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 (asistenților parentali/maternali) 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 tehnici 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 teoriei îngrijirii poate lua forma ipotetică, reprezentată în *Figura 4.5*.

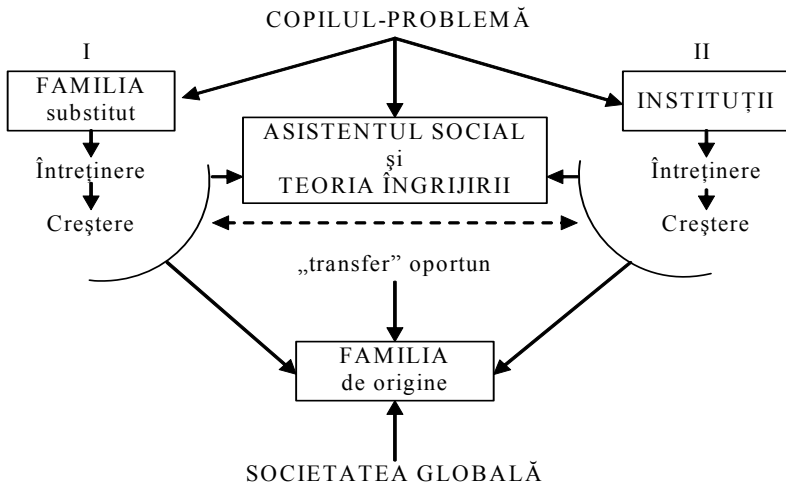


Fig. 4.5. Paradigma teoriei „îngrijirii umane”.

Sursa: V.Miftode. Fundamente ale asistenței sociale, p.202.

În întreg procesul creșterii și al îngrijirii copilului, asistentul social trebuie să respecte: drepturile și interesele copilului, inclusiv cele patrimoniale, dreptul de decizie personală, 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., pentru a evita orice situație traumatică pentru copil.

În concluzie menționăm că plasamentul (de orice tip) efectuat „spre binele copilului” nu este totuși cea mai reușită ieșire din situație în comparație cu varianta, când copilul ar rămâne să trăiască în condițiile obișnuite de casă. Or, copilul are nevoie pentru dezvoltarea sa normală de familia biologică. Este vorba aici nu doar de familia biologică nucleară, care în unele cazuri poate lipsi, iar în altele ea nicidecum nu poate fi compatibilă cu dezvoltarea sănătoasă a copilului (cazul familiilor de alcoolici, dependente de drog etc.), ci de întregul sistem de rudenie: buni, frați, surori, verișori etc. Copilul este un purtător al eredității sociale, de aceea orice plasament înseamnă de fapt o izolare, o limitare a șanselor de dezvoltare. Ținând cont de aceste adevăruri, *scopul oricărui plasament trebuie să fie oferirea ajutorului pentru întoarcerea copilului în familia biologică.* Unde și s-ar afla copilul, lui trebuie să i se creeze accesul cât mai larg la legăturile familiale, care trebuie păstrate pe parcursul întregii sale vieți. Principiul continuității, legăturii indisolubile cu familia reprezintă unul din principiile fundamentale cu caracter universal de îngrijire și protecție a copilului.

Îngrijirea persoanelor în vârstă

Vârșnicii 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. În Republica Moldova în 2008 erau circa 490 mii persoane în vârstă de peste 60 ani, dintre care o bună parte necesită îngrijire. Problematika îngrijirii bătrânilor ține nu atât de creșterea ponderii acestora în ansamblul populației, cât de diversitatea și particularitățile nevoilor persoanelor în vârstă, iar, drept urmare, de volumul tot mai mare de servicii speciale de care aceste persoane au nevoie. Ca și în cazul copilului, menționăm că și aici cea mai bună și eficientă îngrijire este *îngrijirea în propria familie și cea comunitară* (mediul social de origine, vecinii și concetățenii pe care îi cunosc). Realitatea este însă adesea de altă natură. Familiile de origine se destramă, copiii se stabilesc în diferite părți ale țării sau chiar ale lumii, mai ales în condițiile actuale de intensificare a proceselor migratorii, inclusiv în Republica Moldova. Drept urmare, se uzează afectivitatea lor (tot mai des sunt înregistrate cazuri de refuz la propriii părinți, de internare în aziluri, chiar dacă copiii sunt în aceeași comunitate, etc.). Asistentul social este chemat să elaboreze, în baza anchetei sociale, un program adecvat de intervenție pentru soluționarea cazurilor de acest fel. Programul poate include:

- servicii zilnice specifice persoanelor în vârstă pe care ceilalți membri ai familiei nu le pot face;
- sprijin financiar;
- cantine sociale;
- consultații juridice, medicale etc.;
- integrare în activități social utile, reinsertie socială etc., care ar diminua singurătatea, una dintre cele mai acute probleme ale bătrânilor.

Teoria îngrijirii reprezintă pentru asistentul social nucleul statutului său în societate, oferindu-i cel mai reprezentativ câmp de acțiune, fiind centrat pe problemele și exigențele fundamentale ale profesiei.

Teoria atașamentului¹ este o teorie științifică care are menirea să deschidă calea înțelegerii corecte a procesului de dezvoltare normală psihosocială a personalității oamenilor, în general, și a copiilor, în special. Trei întrebări importante ne pot ajuta să efectuăm analiza unui asemenea câmp socioafectiv 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;
- 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

¹ A se vedea: Howe D. *Attachment Theory for Social Work Practice*. –Basingstoke: Macmillan, 1995; Bowlby J. *Attachment and Loss*. –Hogarth, 1980.

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 înțeleaptă.

Starea de atașament vizează în fapt toate vârstele, dar manifestările cele mai clare și definitorii 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 caracteristici ale atașamentului se întâlnesc în forma lor naturală 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 existe 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. Pierderea sentimentului de siguranță, amenințarea cu pierderea bazei efective (mama, tata, bunicii etc.) generează un dezechilibru psihic, stări de anxietate, pe care copiii le suportă în special când sunt internați în instituții publice sau transferați în familii-substitut. Dezvoltarea normală a copilului înseamnă în primul rând siguranța lui, care poate fi obținută doar prin formarea atașamentului afectiv. 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-și dezvolte o conștiință de sine;
- 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 este mai puternic atașamentul, cu atât baza afectivă este mai sigură, curajul copilului este mai mare, libertatea de mișcare și spațiul social în care îndrăznește să riște, să se deplaseze sunt mai importante. Or, 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.

În condițiile existenței unui atașament puternic se formează oameni stabili din punct de vedere psihoemoțional, puternici în fața încercărilor vieții, 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. Relațiile de atașament, care se formează în bază unei afecțiuni puternice, sunt redate schematic în *Figura 4.6*.

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, ținând cont de importanța apropierii fizice și emoționale de copil a persoanelor ce îngrijesc de el, în special în perioada inițială de dezvoltare, într-un șir de țări au fost create case de copii mici, cu posibilitatea aflării mamei și copilului. De asemenea, este tot mai mult conștientizată necesitatea internării mamei cu copilul bolnav, pentru a-i asigura liniștea și a-i îndepărta stresul, stările de anxietate ce pot împiedica vindecarea.

În funcție de natura și gradul de constituire a bazelor de atașament, deosebim **trei tipuri de atașament**:

1) *sigur*, când copilul simte o protecție definitivă asigurată de dragostea permanentă a părinților, dragoste care îndepărtează orice stres, dezvoltă curajul de a explora lumea;

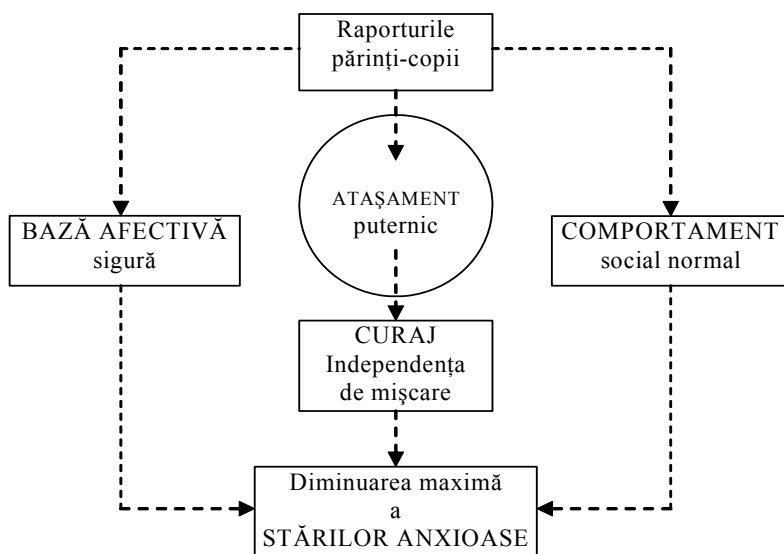


Fig. 4.6. Teoria atașamentului. Raporturi intervariabile.

Sursa: V.Miftode. Fundamente ale asistenței sociale, p.214.

2) *nesigur*, sau *anxious*, când copilul nu este sigur de sentimentele părinților, situație alimentată tocmai de comportamentul ambivalent, contradictoriu, incert, „șovăielnic” al părinților față de propriii copii. În asemenea cazuri copilul este îngrijorat de fiecare dată când părinții pleacă de acasă, resimte această situație ca pe o amenințare, manifestând și el nesiguranță, instabilitate, îndoială în explorarea lumii din jur;

3) *foarte nesigur*, sau *ambivalent*, datorită lipsei unei relații normale între părinți și copii și, îndeosebi, lipsei totale de afectivitate, de dragoste părintească în perioada cea mai importantă din acest punct de vedere: primul an de viață care este anul formării atașamentului față de adulții cei mai apropiați (părinți, bunici etc.).

Atașamentul de acest tip are consecințe negative, manifestându-se în realitate ca atașament fals, 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 față de nevoile și sentimentele copilului;
- c) copilul se așteaptă să fie respins sau ignorat de persoanele atașante atunci când va semnala dorința de atenție sau nevoia de ajutor;
- d) atitudinile și comportamentele părinților i se par copilului imprevizibile, perturbante sau angoasante;
- e) copilul se simte părăsit, neiubit, neîncurajat, adică „fără valoare și interes” pentru propriii lui părinți;
- f) copilul pierde încrederea în „ceilalți”, chiar în el însuși, văzând că nu este ajutat când are nevoie;
- g) copilul pierde încrederea în ceea ce face, văzând că nu este apreciat, că „succesele” lui nu interesează pe nimeni;
- h) copilul 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 ostilă¹.

Cele menționate demonstrează că formarea unui viitor stabil al copiilor, axat pe o bună integrare socială, depinde de calitatea relațiilor dintre părinți și copii, de gradul de atașament familial care stimulează creativitatea, responsabilitatea și independența individuală.

¹ A se vedea: Bowlby J. *Attachment and Loss*. –Hogarth, 1980; Miftode V. *Fundamente ale asistenței sociale*, p.211-217.

Teoria pierderii. Această teorie provine din teoria atașamentului. *A pierde* înseamnă a fi deposedat de ceva, a rămâne fără ceva/cineva, a nu mai avea ceva/pe cineva, a fi separat sau lipsit (pentru totdeauna) de o ființă dragă. În realitate nu există om care de-a lungul vieții sale să nu piardă ceva sau pe cineva foarte apropiat sufletește, pierdere care să-i provoace dureri și stări afective foarte puternice, necunoscute până atunci. Termenul *pierdere* poate fi întrebuințat într-un sens larg – ca orice pierdere, dar și într-un sens mai restrâns – ca o pierdere grea, ca o pierdere prin deces a persoanei pe care o iubești.

Pierderile pot fi așteptate și neașteptate:

- pierderile așteptate sunt pierderile conștientizate pentru care te poți pregăti din timp;
- pierderile neașteptate sunt rezultatul întâmplării, al evenimentelor care nu pot fi anticipate.

Profunzimea durerii provocate de pierdere diferă de la un caz la altul. Aplicată la copil, însă, suferința pierderii posedă o natură unică. Pierderea pentru un copil poate provoca un sentiment de o adâncă deșertăciune emoțională, un sentiment că ceva ce a fost odată, acum a dispărut și nu mai poate apărea din nou.

Pierderea copilului diferă de pierderea adultului în multe privințe. Astfel, ceea ce pentru un adult este o separare de o scurtă durată, poate să se manifeste la copil într-o formă mult mai serioasă. Acest lucru se întâmplă din cauză că nivelul lui de dezvoltare cognitivă este limitat și nu-i permite să înțeleagă ce se întâmplă și cât va dura această separare. De exemplu, prima zi la grădiniță pentru un copil, ce nu posedă experiența necesară să înțeleagă separarea lui, această perioadă de separare limitată în timp poate fi stresabilă, asociată pentru adulți cu o pierdere de lungă durată, asemenea decesului.

Din punctul de vedere al dezvoltării personalității, copiii sunt mai puțin pregătiți să se confrunte cu pierderea. De asemenea, ei au un control redus asupra circumstanțelor în raport cu adulții, depind de ceilalți, sunt primii care recunosc faptul că se află în suferință și cer să fie înțeleși, ajutați să depășească rezultatele dureroase ale pierderii. Fiecare copil a suferit un anumit tip de pierdere în copilărie (schimbarea școlii, mutarea într-o altă casă etc.), iar în unele cazuri – pierderi multiple (divorț, decesul unui prieten drag, schimbarea profesorului iubit etc.). Chiar și nașterea unui nou frățior poate fi resimțită ca o pierdere a poziției de copil unic și a avantajelor care decurg din aceasta. Comun pentru toate aceste situații este teama de a pierde atașamentul și dragostea părintească. Toți copiii, inclusiv cei care nu manifestă semne evidente de durere, au nevoie de suport și de îngrijire din partea adulților în validarea sentimentelor și încorporarea pierderilor în experiențele de viață.

Nu toate pierderile sunt cauzate de separare. Pentru un copil, în calitate de pierdere este, de asemenea, pierderea identității, confidenței sau stimei de sine. În perioada adolescenței majoritatea copiilor se confruntă cu stresul specific cauzat de modificările corporale, ale relațiilor, imaginii de sine, ale identității sexuale și ale așteptărilor parentale. Toți acești factori, îmbinați cu creșterea independenței, îl pot pune pe adolescent în situația de a fi copleșit de sentimentele de pierdere și insecuritate. Efectele pierderii asupra copilului pot fi diminuate în unele cazuri (când este posibil) prin anticiparea, pregătirea lui pentru acest eveniment. De exemplu, începerea școlii, nașterea unui frățior, moartea unui bunic în etate etc. pot fi anticipate și necesită o pregătire specială. Mult mai dificil de rezolvat pentru copil sunt pierderile neașteptate, asociate cu evenimentele traumatice. Fiecare copil răspunde la durere într-o modalitate personală.

Există, însă, reacții comune, experimentate de majoritatea copiilor aflați în suferință, care includ: șoc, negare, protest, apatie. Gama acestor manifestări poate fi completată și cu alte reacții: anxietate, tristețe, vinovăție, rușine, tulburări de somn etc.

De regulă, în cazul pierderii omul trece prin următoarele etape de evoluție afectivă:

- șoc, neîncredere în faptul ca atare, derută;
- negarea pierderii – „faptul nu poate fi real”;
- dorința puternică de căutare și regăsire a ființei pierdute;
- mânia, resentimentul, vina, căutarea vinovatului ce a cauzat pierderea;
- disperarea, deprimarea, retragerea în sine;
- acceptarea situației, reorganizarea inferioară a vieții persoanei atașate, vindecarea rănilor sufletești etc.

Fiecare copil, în dependență de individualitatea sa, are anumite nevoi atunci când experimentează o durere: reasigurare acolo unde situația o face posibilă, răspunsuri oneste la întrebările legate de pierdere, recunoașterea problemei și asigurarea că a fost luat în serios, suport emoțional pentru eliminarea disconfortului (anxietate, frustrație, îndoieli, vinovăție, disperare, singurătate, insecuritate), ajutor pentru a-și exprima jalea într-o modalitate apropiată sufletului său, participarea la ceremoniile familiale în cazul în care pierderea include întreaga familie, ajutor pentru a putea plânge, pentru a putea depăși în timp aceste pierderi și a-și recăpăta bucuria de a trăi¹.

Suferințele cauzate de separare sau pierdere pot duce la o neliniște sporită pe un termen mai lung, care reduc din abilitatea

¹ A se vedea: Mitrofan I. (coord.). *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane*. –Iași: Polirom, 2003, p.147.

copilului de a se adapta și descurca reușit. S.Bowlby consideră că copilul va depăși mai repede problemele ce țin, de exemplu, de pierderea părintelui (divorț sau deces) în următoarele condiții:

- relații rezonabil de sigure cu părinții până la momentul pierderii. Acest adevăr este confirmat și de cercetările efectuate de *Anita Sederstrom* (Suedia), prin care e demonstrat că copiii cărora le este rău acasă se simt și mai rău când se află în plasamente de diferite tipuri;
- copilului i se oferă o informație exactă referitor la ceea ce s-a întâmplat și copilul este încurajat să pună întrebări și să primească răspunsuri exacte;
- copilului i se permite să participe cu familia la ritualele de tristețe și mâhnire;
- copilul are o persoană de îngrijire în care el poate avea încredere și pe care poate să se bazeze în situația creată de pierdere¹.

Este foarte important pentru copil să simtă că se află în centrul preocupărilor adultului și că experiența sa are valoare în ochii acestuia. Aceasta îi va permite să abandoneze mai ușor trecutul, să înceapă procesul de refacere și vindecare, să revină la viața din prezent și viitor.

Teoria pierderii are implicații largi în practica asistenței sociale, dat fiind că în marea lor parte beneficiarii au suferit diferite pierderi care le-au agravat starea de dependență sau cea de persoană vulnerabilă. Această teorie permite să fie înțelese mai bine nevoile beneficiarilor, reacțiile, atitudinile și comportamentele lor, în baza cărora să fie selectate metode adecvate de intervenție și schimbare a situației generate de pierdere.

¹ A se vedea: Bowlby J. *Attachment and Loss*. –Hogarth, 1980.

Teoria participării. Dintr-o perspectivă generală *participarea* se referă la implicarea membrilor unei colectivități sau instituții în diversele sale activități, mai ales cele deliberative, și în procesele decizionale, definind măsura în care conducerea respectivului grup este democratică. Există o legătură strânsă între participare și dezvoltare. Excluziunea socială înseamnă și o retragere din participarea socială. De regulă, cei săraci se caracterizează prin ratele cele mai scăzute de participare comunitară sau civică. Pe de altă parte, gospodăriile sărace din comunitățile în care activismul civic este mai intens primesc mai mult ajutor pentru menținerea unui minim de existență. Situația dată poate fi explicată prin faptul că activismul civic impune instituțiilor publice o mai mare responsabilitate.

În contextul celor menționate putem spune că eficiența programelor de sprijin a grupurilor vulnerabile este în dependență directă de gradul lor de implicare și participare la realizarea acestor programe. *Teoria participării* este axată pe relațiile dintre beneficiar și asistentul social. În relațiile lor cu asistentul social beneficiarii le acceptă doar pe cele bazate pe sinceritate, încredere și cooperare egală. David Howe menționa că „dacă un beneficiar este derutat și încurcat, el este greu de ajutat, trece în defensivă și se comportă cu stângăcie, ajungându-se chiar la blocarea prin refuz a cooperării sau la conflicte de opinii și, în final, la eșuarea programului sau a activității respective. Nimic nu trebuie ascuns beneficiarului din ceea ce el are dreptul să știe, relațiile trebuind bazate pe claritate și sinceritate. Nu se recomandă, de pildă, să spui beneficiarului că scopul vizitei este aflarea vârstei copiilor sau starea sănătății lor, când în realitate dorești să verifici la fața locului calitatea căsniciei și a relațiilor intrafamiliale. Mai mult, beneficiarul are dreptul să știe actul normativ în virtutea căruia asistentul social este abilitat să realizeze această acțiune,

procedurile care vor urma diagnosticării situațiilor și drepturile pe care le are în acest context”¹. Dacă beneficiarul știe despre ce este vorba, există mai mari șanse de deschidere spre cooperare cu asistentul social, de implicare în realizarea programelor inițiate.

Participarea pune accentul pe drepturile beneficiarului, care este încurajat să-și definească propriile probleme și nevoi, să devină activ în depășirea lor. În realitate, practica poate însă să promoveze participarea beneficiarului (pozitivă), sau să o inhibeze (negativă). Se pot delimita patru tipuri de raporturi asistent social – beneficiar: strategic, de atitudine deschisă, de paternitate, de colaborare (a se vedea *Figura 4.7*). În continuare ne vom referi la fiecare din aceste raporturi posibile dintre asistentul social și beneficiarul său:

		Statutul beneficiarului	
		<i>Involuntar</i>	<i>Voluntar</i>
Participare	Absent (-)	1. Strategic	3. Patern
	Prezent (+)	2. Atitudine deschisă	4. Raport de colaborare

Fig. 4.7. Raporturi asistent social – beneficiar.

1. *Raport strategic*. Există multe situații în care legea îi cere asistentului social să facă investigații în legătură cu o familie. De

¹ A se vedea: Miftode V. *Fundamente ale asistenței sociale*, p.208.

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 legal să investigheze cazul 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 deci declanșată atunci când sunt exprimate neliniști în legătură cu comportamentul sau cu situația unui individ.

Dacă individul preferă să nu fie beneficiar și dacă asistentul social se comportă într-un mod strict legal și birocratic și nu dorește să-l implice pe beneficiar în aspectele legale și procedurale ale cazului, cele două persoane – asistentul social și beneficiarul – 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. Beneficiarul 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 beneficiarului – cei doi „jucători” înțeleg efectiv natura întâlnirii, caracterul raportului este cunoscut. În fapt, pentru cei care au devenit beneficiari ai asistenței sociale contrar voinței lor acest tip de raport, în care strategia este elementul-cheie, posedă un anume tip de integritate. Dacă beneficiarul este de acord să colaboreze cu asistentul social, vom admite că există temeieri legitime pentru ca statul și agenții săi de protecție să intervină.

2. *Raport de atitudine deschisă.* Cu toate că beneficiarul nu a solicitat intervenția asistentului social, asistentul social dorește totuși să fie deschis și cinstit în legătură cu toate aspectele legale, consideră că beneficiarul 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, beneficiarul răspunde intervențiilor deschise ale asistentului social și se decide să coopereze. Beneficiarul 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 beneficiarul involuntar într-un beneficiar voluntar. În ciuda faptului că nu a solicitat ajutor, din momentul în care asistentul social este implicat, beneficiarul este pregătit să admită că are probleme și nevoi. Raportul dintre ei poate să se transforme, în acest caz, din unul bazat pe atitudine deschisă și intervenții cinstite în unul de completă colaborare.

3. *Raport de paternitate.* Beneficiarii 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 un expert 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. Beneficiarul rămâne pasiv. El nu face decât să se conformeze sfatului și instrucțiunilor date de asistentul social, ca și cum un pacient „se conformează prescripțiilor doctorului”.

4. *Raport de colaborare.* În cadrul acestui tip de raport beneficiarul caută ajutorul în mod voluntar. Este posibil, de exemplu, ca el să fie neliniștit în legătură cu comportamentul delinvent al băiatului său în vârstă de 14 ani, sau că nu este în stare să achite plata pentru apartament, fie că este îngrijorat în legătură cu sănătatea copilului său mic etc. Asistentul social este

gata să-și ajute beneficiarul în definirea problemei sau a nevoii. El este gata să lucreze împreună cu beneficiarul pentru a-l ajuta să-și dea seama de situație. Beneficiarul 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 beneficiarul și asistentul social posedă cunoștințe diferite, ei se respectă reciproc. Asistentul social dorește să împărtășească din experiența și cunoștințele sale. Beneficiarul și asistentul social sunt parteneri activi și egali în cadrul raportului de colaborare.

După cum demonstrează experiența asistențială, persoanele în dificultate, pentru a-și schimba situația spre bine, trebuie să fie implicate cât mai mult în activitățile care se referă la propriile lor vieți și la propria lor bunăstare, să participe cât mai pe larg în cadrul practicării serviciilor de protecție și de asistență socială. D.Howe identifică ***două tipuri 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 este axată pe ideea că oamenii trebuie să-și cunoască drepturile legale, atunci când sunt implicați în serviciile de protecție. Beneficiarii trebuie să înțeleagă rolul asistentului social și care este scopul acestuia, ei trebuie să fie informați, să cunoască resursele disponibile, să fie consultați în legătură cu întâlnirile, deciziile și planurile pe viitor. Beneficiarii trebuie să fie prezenți atunci când se iau hotărâri în legătură cu copiii și cu familiile lor. Principiile justiției sociale cer ca beneficiarii să știe ce se întâmplă cu problemele ce afectează viața lor. Beneficiarii 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”, în sensul în care s-a vorbit anterior.

Impulsul către sporirea gradului de participare a beneficiarului și suplinire a drepturilor utilizatorilor a apărut ca răspuns la intervențiile paterne ale statului. În Anglia, noua legislație referitoare la copii și la familiile lor (*Children Act*, 1989) încorporează multe din argumentele perspectivei justiției sociale. Această legislație solicită, desigur, ca relația dintre asistenții sociali să se desfășoare pe baze complete și deschise, pentru ca drepturile beneficiarului să fie respectate. Astfel, se menționează că:

- 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 constă în colaborare 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 este de inspirație 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 beneficiar să fie capabil de a-și identifica propriile sale probleme și de a se gândi la modalitatea prin care acestea ar putea fi cel mai bine rezolvate. Participarea beneficiarului 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. Dacă participarea politică derivă din raportul între beneficiarii involuntari și asistenții sociali, apoi participarea terapeutică a apărut ca urmare a raportului între beneficiarii voluntari și asistenții sociali. Realizarea unei consultanțe, a unei terapii și a unei asistențe sociale eficiente se bazează, în cazul beneficiarilor voluntari, pe două teme principale:

- să răspundă gândurilor și sentimentelor beneficiarului așa cum acesta le definește și nu așa cum le definește terapeutul/asistentul social;
- să-l implice pe beneficiar în definirea problemei, făcând evaluarea, hotărând asupra scopurilor și determinând metodele de ajutor.

Punctele de vedere ale beneficiarului, opiniile și experiențele terapiei și ale consultanței oferă o serie de aspecte interioare interesante ale actelor de ajutor. În formula cea mai simplă, beneficiarii 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/asistent social: „Înțelege-mă!”

- să li se permită să vorbească și să gândească cu voce tare; să converseze pe baze egale: „Vorbește cu mine!”

Așadar, mesajul din partea beneficiarului are trei componente:

Acceptă-mă! – Înțelege-mă! – Vorbește cu mine!

Să vedem în continuare, într-un mod mai detaliat, în ce constă esența acestor componente.

Acceptă-mă! Acceptarea este primul stadiu în formarea unei relații terapeutice. Din această perspectivă persoana care dă ajutor trebuie să aibă, în primul rând, o atitudine caldă și prietenoasă. În alți termeni, asistentul social trebuie să poată fi perceput ca o sursă de confort și protecție. Beneficiarul trebuie să simtă că poate acorda încrederea sa celeilalte persoane.

În al doilea rând, cel care dă ajutor trebuie să cunoască și să accepte sentimentele beneficiarului. Asistentul social nu trebuie să judece, să evalueze sau să explice aceste sentimente. Dacă asistentul social acceptă pur și simplu sentimentele beneficiarului, acesta nu se va simți diminuat sau înjosit de emoțiile sale. Beneficiarului trebuie să i se permită 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 beneficiarilor 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. Beneficiarul se va simți în siguranță numai dacă își va recunoaște adevăratele sale sentimente.

Înțelege-mă! Beneficiarii spun că ei vor să fie *înțeleși*, nu *explicați*. Persoana care dă ajutor va trebui să încerce să vadă lumea de pe poziția beneficiarului. Ea va trebui să intre în cadrul de referință al celeilalte persoane. Asistentul social nu va trebui niciodată să încerce să definească sau să controleze experiența beneficiarului. După ce a înțeles experiența beneficiarului, el trebuie să încerce să-i comunice această înțelegere. Valoarea relației este în acest caz confirmată.

Vorbește cu mine! Din momentul în care beneficiarul se simte acceptat și înțeles, el se va simți în siguranță. Pornind de la această siguranță, el poate să înceapă să exploreze gândurile și sentimentele sale, acțiunile și comportamentele. 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 asistentului social de a asculta cu grijă, interes și sensibilitate este cea mai importantă din punctul de vedere al beneficiarilor. În practică se poate întâmpla însă ca asistenții sociali să vorbească mult și să asculte prea puțin, ceea ce este inadmisibil.

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. 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, beneficiarul este capabil să-și pună la punct modalități mai bune de abordare și

înțelegere, 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 beneficiarului speranță și încredere, liniște și putere.

Valoarea discuțiilor nu trebuie niciodată să fie subestimată. Cu toate acestea, există un ultim mesaj extras din experiențele beneficiarului referitoare la consultanță, terapie și muncă socială. După ce beneficiarul a vorbit, și-a descris experiența și și-a spus povestea, el dorește un dialog activ cu cel care îl ajută. Beneficiarul 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 asistentului social. El este destul de puternic pentru a avea un dialog complet și de la egal la egal. Participarea și raportul de colaborare cer beneficiarului și asistentului social 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 beneficiarului. Din dialogul lor apare o nouă ordine cognitivă, o nouă perspectivă emoțională pentru beneficiar.

Asistentul social care nu permite participarea, care definește experiența beneficiarului în termenii săi de expert, și nu în termenii beneficiarului, care păstrează o atitudine paternă, îl va face pe beneficiar să rămână cu vechile sale abordări, gânduri sau sentimente. El îi va da beneficiarului unelte pe care acesta nu le înțelege și pe care nu poate să le folosească.

Cele două tipuri de participare între asistentul social și beneficiar, expuse în acest capitol, provin din fundamentări filosofice extrem de diferite. Justiția socială insistă asupra faptului ca beneficiarii să-și cunoască 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 beneficiarului 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.

Teoria identității. Termenul „identitate” provine din rădăcina latină *idem* (asemănare, continuitate) și presupune un ansamblu de date prin care se recunoaște/identifică o persoană. Discuțiile referitoare la identitate s-au desfășurat în decursul istoriei în două direcții principale: psihodinamică și sociologică. Ambele direcții au contestat interpretările esențialiste ale conceptului de identitate, prin care se afirma existența unui nucleu sau a unei esențe unice a identității – „adevăratul Eu” – care rămâne mai mult sau mai puțin neschimbat în tot cursul vieții. În opoziție cu aceste interpretări, teoriile psihanalitice și sociologice au subliniat, în măsuri diferite, caracterul construit al identității.

Teoria psihodinamică începe odată cu teoria identificării a lui S.Freud, conform căreia copilul ajunge să asimileze (sau să introiecteze) persoanele sau obiectele exterioare, de regulă, Supraeul părintelui. Teoria psihodinamică subliniază faptul că nucleul interior al structurii psihice posedă o identitate continuă

(deși adesea conflictuală). Psihanalistul *Erik Erikson* a privit identitatea ca pe un proces „situat” în miezul individului, dar și în miezul culturii comunității din care face parte, stabilind astfel o legătură între comunitate și individ.

Tradiția sociologică a identității este legată de interacționismul simbolic și a apărut odată cu teoria pragmatică a Sinelui dezvoltată de *William James* și *George Herbert Mead*. Sinele reprezintă capacitatea specific umană care le dă oamenilor posibilitatea de a reflecta asupra naturii lor și asupra lumii sociale prin intermediul comunicării și limbajului. Atât James, cât și Mead văd Sinele ca un proces ce se desfășoară în două faze: 1) „I” – Sinele cunoscător, interior, subiectiv, creator, determinat și incognoscibil; 2) „Me” – Sinele cunoscut, exterior, determinat și social. În acest caz, identificarea este un proces de numire, de plasare a noi înșine în categorii construite social, limba deținând o poziție centrală. Sociologii E.Goffman și P.Berger afirmă că identitatea este în mod clar „conferită, susținută și transformată social”¹.

Filosoful francez *Michel Foucault* introduce în lucrarea sa *A supraveghea și a pedepsi* (1977) un element suplimentar – *discursul*, devenit ulterior elementul central al descrierilor identității. El insistă că noi, ca indivizi, purtăm mai multe identități. Această afirmație are două dimensiuni esențiale. Prima, și cea mai importantă pentru Foucault însuși, este aceea că discursuri diferite dau naștere unor poziții specifice și adesea divergente ale identității. Astfel, discursurile legate de religie, stat, sport sau consum produc versiuni distincte și adesea contradictorii ale Sinelui. Din această perspectivă, fiecare dintre noi poate fi

¹ A se vedea: Goffman E. *The Presentation of Self in Everyday Life*. –New York: Random House, 1959; Berger P. *Invitation to Sociology*. –Garden City: Doubleday Anchor, 1963.

apelat prin intermediul unui șir de variante posibile: credincios devotat, plătitor de impozite, suporter de fotbal etc. Cea de-a doua dimensiune constă în faptul că multiplele identități pe care le deținem în relație cu o serie de practici sociale sunt ele însele legate de structuri mai largi ale identității. Dintre acestea din urmă, de obicei cele mai des citate sunt: clasa, apartenența etnică, rasa, genul și sexualitatea. Aceste identități diferite nu sunt însă izolate, ci interacționează între ele. Menționăm, totuși, că până în prezent nu a fost elaborat un concept clar al identității, rămânând fără răspuns întrebarea dacă există sau nu un Sine sau o identitate identică în spatele diferitelor măști sub care ne înfățișăm celorlalți.

În asistența socială cunoașterea aspectelor ce țin de problema identității capătă o importanță deosebită în special pentru cazurile adopției, plasamentului familial sau al 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 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 lor statut social și familial.

Întrebări de recapitulare

1. Stabiliți care este locul asistenței sociale în sistemul științelor.
2. Dezvăluiți raportul dintre asistența socială și sociologie; asistența socială și psihologie; asistența socială și pedagogia socială.
3. Determinați care este rolul teoriei în asistența socială.
4. Analizați principalele etape ale evoluției teoriei asistenței sociale.
5. Identificați criteriile de clasificare a teoriilor utilizate în asistența socială.
6. Analizați paradigmele dominante ale asistenței sociale și teoriile corespunzătoare acestora.
7. Dezvăluiți conținutul teoriilor specifice ale asistenței sociale și importanța lor pentru practica asistenței sociale: teoria îngrijirii, teoria atașamentului, teoria participării, teoria pierderii, teoria identității.

Bibliografie selectivă

1. *Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova.* –Chișinău, 2008.
2. *Asistența socială în Marea Britanie și România.* –București, 2000.
3. Bejan P. (coord.). *Asistența socială.* –Iași, 2004.
4. Bocancea C., Neamțu G. *Elemente de asistență socială.* –Iași: Polirom, 1999.

5. Bowlby J. *Attachment and Loss*. –Hogarth, 1980.
6. Briar S., Miller H. *Problems and Issues in Social Case Work*. –New York: Columbia University Press, 1971.
7. Bulgaru M. (coord.). *Aspecte teoretice și practice ale asistenței sociale*. –Chișinău, 2003.
8. Butrym Z. *The Nature of Social Work*. –London: Macmillan, 1976.
9. Buzducea D. *Aspecte contemporane în asistența socială*. –Iași: Polirom, 2005.
10. Cace S. *Statul bunăstării*. –București, 2004.
11. Cairns K. *Attachment, trauma and resilience. Therapeutic caring for Children*. –BAAF Adoption & Fostering, 2004.
12. Chess W.A., Norlin J.M. *Human Behaviour and the Social Environment. A Social Systems Model*. –Alliyn and Bacon, 1991.
13. Coulshed V. *Practica asistenței sociale*. –București: Alternative, 1993.
14. Craib I. *Modern Social Theory*. –Brighton, 1984.
15. Davies M. *Support System in Social Work*. –London, 1977.
16. Davies M. *The essential Social Worker. A Guide to Positive Practice*. – London, 1991.
17. Heffernan W.J. *Social Welfare Policy. A Research and Action Strategy*. –New York and London: Longman, 1992.
18. Hepworth D.H., Larsen J.A. *Direct Social work Practice. Theory and Skills*. –Belmont, California, 1990.
19. Hoffman K.S., Sallee L.A. *Social Work Practice: bridges to change*. – USA MA: Allyn and Bacon, 1994.
20. Hollis F. *Casework: Psychosocial Therapy*. –New York, 1964.
21. Howe D. *Attachment Theory for Social Work Practice*. –Basingstoke: MacMillan, 1995.
22. Howe D. *Attachment and Loss // Child and Family Social Work*. – Avebury: Aldershot, 1996.
23. Howe D. *Introducere în teoria asistenței sociale*. –București: UNICEF România, 2001.
24. Iluț P. *Abordarea calitativă a socioumanului*. –Iași, 1997.
25. Johnson L.C. *Social Work Practice*. –Boston: Allyn, Bacon, 1983.
26. Konopka G. *Social group work. A helping process*. –New Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, 1972.
27. Malcolm P. *Modern Social Work Theory*. –London, 1994.

28. Mănoiu F., Epureanu V. *Asistența socială în România*. –București, 1996.
29. Miftode V. *Teorie și metode în asistența socială: elemente introductive*. –Iași, 1994.
30. Miftode V. *Fundamente ale asistenței sociale*. –București, 1999.
31. Mitrofan I. (coord.). *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane*. –Iași: Polirom, 2003.
32. Mowrer O. *The New Group Theory*. –Reinhold: Princeton, 1964.
33. Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*. –Iași: Polirom, 2003.
34. Payne M. *Modern Social Work Theory: a Critical Introduction*. – London, 1991.
35. Richmond M.E. *Social Diagnosis*. –New York, 1965.
36. Roth–Szamosközi M. *Perspective teoretice și practice ale asistenței sociale*. –Cluj-Napoca, 2003.
37. Scott B., Henry M. *Problems and Issues in Social Casework*. –New York: Columbia University Press, 1971.
38. Siporin M. *Introduction în Social Work Practice*. –New York, 1975.
39. Smalley R. *Social Casework: The Functional Approach // Enciclopedia of Social Work*, 1972.
40. *Theories of Social Casework*. –Chicago: University of Chicago Press, 1970.
41. Van Wormer K. *Social Welfare. A World View*. –Chicago, 1997.
42. Zamfir C., Stănescu S. (coord.) *Enciclopedia dezvoltării sociale*. –Iași: Polirom, 2007.
43. Бернлер Г., Юнссон Л. *Теория социально-психологической работы*. –Москва, 1992.
44. Бочкарева Г.В. *Педагогика социальной работы*. –Москва, 1995.
45. Василькова Ю.В., Василькова Т.А. *Социальная педагогика*. –Москва, 2007.
46. Гуслякова Л.Г., Холостова Е.И. *Основы теории социальной работы*. –Москва, 1997.
47. Ковалев В.Н. *Социология социальной сферы*. –Москва, 1992.
48. Курбатов В.И. *Социальная работа*. –Москва, 2007.
49. *Методология социальной работы*. –Москва, 1994.
50. *Основы теории и практики социальной работы*. –Барнаул, 1994.

51. *Социальная работа: теория и практика* (отв. ред. Е.И.Холостова, А.С.Сорвина). –Москва, 2002.
52. *Теория и методика социальной работы* (в 2-х томах). –Москва, 1994.
53. *Теория и методология социальной работы*. –Москва, 1994.
54. *Теория и практика социальной работы: проблемы, прогнозы, технологии*. –Москва: РГСИ, 1992.
55. *Теория социальной работы* (в 2-х томах). –Москва: Союз, 1994.
56. *Теория социальной работы* (отв. ред. Е.И.Холостова). –Москва, 1998.
57. *Философско-антропологические основы социальной работы: теория и методика социальной работы* (в 2-х томах). –Москва, 1994.
58. Фирсов М.В., Студенова Е.Г. *Теория социальной работы*. –Москва, 2001.
59. Фирсов М.В. *Введение в социальную работу*. –Москва, 2006.
60. Холостова Е.И. *Социальная работа*. –Москва, 2007.

Capitolul V

FAMILIA CA OBIECT AL ASISTENȚEI SOCIALE

5.1. Definirea familiei. Tipuri de familie

La început de acest mileniu devin tot mai frecvente afirmațiile specialiștilor din diverse domenii precum că instituția familiei este supusă unei crize ireversibile. În calitate de argumente ale dezintegrării și ruinării vieții de familie sunt aduse mai multe fenomene ce au luat amploare: rata divorțialității în creștere, natalitatea în descreștere, majorarea rapidă a numărului de celibatari, a familiilor incomplete, a mamelor solitare, a copiilor născuți în afara căsătoriei/familiei, extinderea abuzului asupra copiilor etc. Indiscutabil, actualmente, familia și căsătoria trec printr-o perioadă de profunde transformări structurale și valorice, adaptându-se schimbărilor permanente din societate și îmbrăcând cele mai diverse forme. Cu toate acestea, declarațiile despre „pieirea” acestui tip de comunitate umană par a fi totuși exagerate. În pofida tuturor încercărilor de a prezenta familia drept o instituție socială depășită, ea continuă să existe, să se dezvolte și să constituie marele nucleu al vieții noastre¹. Mai mult, după cum menționează *C.Broderick*, familia este structura umană evolutivă cea mai puternică. Ea va persista mai mult decât oricare alt sistem. Familia „a supraviețuit celor mai cumplite războaie. Guvernele, într-adevăr, apar și dispar, dar structura de bază a familiei se perpetuează de la o generație la alta”². În opinia lui *F.Adler*, familia este o societate în

¹ A se vedea: Нартов Н., Бельский В. *Социология*. –Москва, 2005, p.295-329.

² A se vedea: Coser, Rose Zaub. *The Family: Its structure and Functions*. –New York: St’Martin’s Press, 1974, p.43.

miniatură de a cărei integritate depinde securitatea întregii societăți umane.

Dintr-o perspectivă sociologică¹ familia a fost cercetată pentru prima dată de *Frederic La Play* în a doua jumătate a secolului al XIX-lea. El pornește de la ideea că familia a involuat de la forma patriarhală (considerată ideală de doctrina bisericească catolică) la forma ei modernă, legată de manufactură, comerț și alte ocupații. Pentru el, familia nucleară modernă reprezintă o variantă degradată a familiei. Tipul ideal de familie este, în opinia lui La Play, familia tulpină, în care unul dintre copii rămâne cu părinții, coabitând cu ei și cu propriii copii. F.La Play a rămas în istoria sociologiei mai cu seamă prin cercetările sale monografice asupra familiilor muncitorești. El a analizat în special bugetele de familie, considerând că, prin acestea (dat fiind că ele sunt mai direct influențate de condițiile de mediu), în cadrul familiilor muncitorești se poate studia mai exact influența societății asupra familiei.

În perioada postbelică, ca punct de referință în sociologia familiei au servit lucrările elaborate de *T.Parsons* (1955) și *W.Good* (1963). În această perioadă, cercetările se reorientează în trei direcții importante: 1) orientarea structurală, interesată de legăturile dintre familie și societate; 2) orientarea „comportamentalistă”, preocupată de fenomenele și interacțiunile (de rol) din interiorul familiei; 3) orientarea „acționalistă”, urmărind studierea comportamentelor familiale față de evenimente și situații concrete.

Principalele teme ale sociologiei familiei – apariția și evoluția grupului familial; tipologia familiei; factorii determinanți în procesul schimbării structurilor și funcțiilor familiei; familia ca

¹ A se vedea: Iluț P. *Sociopsihologia și antropologia familiei*. –Iași: Polirom, 2005, p.30-33, 65-66.

element al structurii sociale; interrelațiile dintre ea și alte instituții sociale; rolurile și activitățile din familie; raportul părinți-copii, socializarea și educația; cauzele și consecințele disoluției familiale; valorile familiale, persoanele vârstnice, comportamentul delicvent și altele sunt prezente și în asistența socială, ele fiind analizate aici mai mult din perspectiva relațiilor dintre membrii familiei, dintre familie și societate, a rolului grupului domestic în viața comunitară și socială, în crearea bunăstării indivizilor etc.

Actualmente, pe familie își focalizează atenția specialiști din cele mai diverse domenii, precum cel al sociologiei, asistenței sociale, antropologiei, dreptului, psihologiei, economiei, politicilor sociale, istoriei, demografiei, pedagogiei etc. Fiecare din aceste domenii științifice își axează cercetările pe anumite aspecte, probleme ale familiei, dar între ele există numeroase intercalări și suprapuneri. Acestea sunt determinate de însăși viața de familie, de efectele comportamentelor familiale ce se regăsesc pe multiple planuri, impunând astfel necesitatea realizării cercetărilor de natură interdisciplinară.

Familia este una dintre cele mai stabile forme de comunități umane care asigură perpetuarea speciei, evoluția și continuitatea vieții sociale. Grupul familial poate fi restrâns sau lărgit, în dependență de funcțiile exercitate de membrii săi, dar și de contextele istorice și culturale. Indiferent de mărimea ei, familia este o instituție regăsită în orice societate din orice timp, spre deosebire de alte tipuri de instituții religioase, economice, politice, educaționale, medicale, juridice etc. Nu există nici o societate fără relații familiale. Dar, fiecare societate are un anumit sistem familial de reglementare a relațiilor dintre bărbații și femeile de vârstă matură și dintre aceștia și copiii.

Familia este un tip de comunitate umană alcătuită din persoane legate între ele prin relații de consangvinitate și rudenie, care trăiesc împreună, cooperează și au grijă de copii. Aceasta este doar una dintre definițiile des întâlnite în literatura de specialitate. Menționăm însă că noțiunea de „familie” nu are un conținut bine determinat. Există o întreagă diversitate de definiții ale acestui concept, pornind de la cele mai vagi, utilizate la nivel cotidian, și mergând spre cele cu un conținut mai exact oferite de specialiști în diferite domenii. *George Murdock* (1949), spre exemplu, definește familia ca fiind un grup social caracterizat prin rezidență comună, cooperare economică și reproducție. Ea include adulții de ambele sexe, dintre care cel puțin doi au relații sexuale recunoscute, aprobate social și unul sau mai mulți copii, proprii sau adoptați, pe care îi cresc și îngrijesc. *C.Levi-Strauss* (1972) definește familia ca fiind un grup social organizat care își are originea în căsătorie, constând din soț, soție și copii (născuți din unirea lor, din relația lor) sau alte rude, grup unit prin drepturi și obligații morale, juridice, economice, religioase și sociale (incluzându-le pe cele sexuale). *V.Stănoiu și M.Voinea* (1983) definesc familia ca fiind „un grup social realizat prin căsătorie, alcătuit din persoane care trăiesc împreună, au gospodărie casnică comună, sunt legate prin anumite relații natural-biologice, psihologice, morale și juridice, răspunzând una pentru alta în fața societății”¹. În consens cu cele menționate, sociologul american *Richard Schaefer* definește familia ca fiind un grup de oameni legați prin sânge, mariaj sau adopție, care împărtășesc responsabilitatea primară pentru reproducerea și îngrijirea membrilor societății. Șirul acestor definiții poate fi continuat cu multe altele, ele completându-se reciproc, dar în același timp având multiple deosebiri și limite. Or, spre o definiție sintetică ce

¹ Stănoiu A., Voinea M. *Sociologia familiei*. –București, 1983, p.16.

ar prezenta integral conținutul conceptului de familie se poate doar tinde.

O particularitate dintre cele mai importante ale sistemului familial constă în faptul că el întrunește concomitent atât trăsături de *instituție socială*, cât și de *grup social*. Ca **instituție socială**, familia reprezintă unitatea structurală fundamentală a societății, posedă legitimitate morală și juridică, sprijin din partea statului, se caracterizează printr-o totalitate de norme sociale, sancțiuni și modele comportamentale ce reglementează relațiile dintre soți, părinți și copii, alte rude (frați, surori, bunei, nepoți etc.). În virtutea acestor caracteristici, familia manifestă o influență extrem de puternică asupra omului de la nașterea lui și până la moarte, dar cel mai important rol ea îl deține la etapa inițială, când se pune temelia calităților psihologice, volitiv-emoționale și spirituale ale personalității. Totodată, familia, la rândul ei, depinde de nivelul de dezvoltare al societății, poartă amprenta tuturor problemelor acesteia (șomaj, inflație, tensiuni sociale, stresuri etc.). Abordarea familiei ca instituție socială impune necesitatea ca asistenții sociali să se conducă în oferirea ajutorului, suportului de strategiile naționale ale politicii sociale în domeniul protecției familiei.

În calitate de **grup social (mic)** familia funcționează ca o comunitate socială constituită pe baza relațiilor de căsătorie, consangvinitate și rudenie, membrii ei împărtășind sentimente, aspirații și valori comune. Din această perspectivă, familia este un grup primar în care predomină relațiile directe, informale. Calitatea de grup primar nu semnifică însă absența normelor și a reglementărilor. Dimpotrivă, familia este unul dintre grupurile primare cu cea mai mare responsabilitate normativă. Analizând familia ca un grup social, ne axăm pe specificul sancțiunilor formale și informale în domeniul relațiilor de căsătorie, pe

explicarea cauzelor și motivelor din care oamenii se căsătoresc sau divorțează, se iubesc sau se urăsc, doresc să nască copii sau nu etc. Pentru a avea o imagine integră despre familie este necesar să luăm în considerație întreaga palitră de relații reciproce: soț-soție, soț-copil, soție-copil, copil-copil, soț-rude, soție-rude, copiii-părinți, copiii-rude. Bunăstarea familiei depinde de solidaritatea ei, de faptul în ce măsură soții și ceilalți membri ai familiei sunt capabili să se îngrijească unul de altul, să-și unească eforturile pentru a învinge greutățile, să manifeste toleranță, empatie etc.

Abordarea familiei în calitate de grup social mic este centrată în teoria și practica asistenței sociale pe familia nucleară și multigenerațională/extinsă, în care conviețuiesc împreună trei sau mai multe generații unite prin gospodărie comună. Fiecare din aceste familii își are specificul său de dezvoltare și interacțiune intergrupală. Există mai multe opinii cu privire la fazele/stadiile prin care trece familia. Astfel, unii autori evidențiază trei stadii obligatorii ale ciclului de viață al familiei: *preparentală* (până la apariția copiilor), *parentală* (perioada educației copilului în familie), *postparentală* (perioada separării copiilor de părinți, după ce copiii au părăsit „cuibul părintesc”).

Alți autori, spre exemplu, *S.Rowds*, consideră că familiile nucleare ca grupuri specifice trec prin *șapte stadii de dezvoltare*, proces în care se schimbă raporturile de rol în interacțiunea intergrupală.

La prima etapă dezvoltarea relațiilor se realizează de la faza „idealizării” până la faza „decepcionării”. Treptat se formează o percepție realistă a partenerilor unul despre altul, se realizează un proces de aliniere (adaptare, deprindere) unul la altul.

La etapa a doua se formează regulile familiale, anumite modele de conduită ale membrilor familiei. Această etapă

cuprinde perioada de la nașterea primului copil până la plecarea ultimului copil la școală.

La etapa a treia se realizează individualizarea membrilor familiei. Acesta este nivelul la care se stabilesc rolurile fiecărui părinte, se dezvoltă posibilitatea copiilor de a exista în afara sistemului familial.

La etapa a patra are loc sau formarea relațiilor de prietenie, sau izolarea/separarea în relațiile familiale. La această etapă este important ca părinții să înțeleagă că fiecare copil își are viața lui proprie.

La etapa a cincia se produce o regrupare a relațiilor: copiii părăsesc casa părintească; se formează relații noi de tipul „adult-adult”.

La a șasea etapă relațiile familiale se dezvoltă pe o axă, la unul din polul căreia are loc restabilirea relațiilor, iar la celălalt – disperarea. Cea mai importantă sarcină acum constă în regenerarea relațiilor.

La etapa a șaptea părinții sunt de vârstă pensionară, au nepoți; important este ca la această etapă să se realizeze ajutorul reciproc dintre generații.

De rând cu cele două abordări ale familiei, caracterizate mai sus (ca instituție socială și ca grup social mic), în teoria și practica asistenței sociale s-au stabilit și alte abordări importante ale familiei, precum: familia ca subsistem și familia ca rețea de relații interpersonale.

Examinarea *familiei ca subsistem* ține de concepțiile psihodinamice în teoria și practica asistenței sociale, care își au originea în tehnologiile terapeutice inițiate de M.Richmond. Din perspectiva unei asemenea abordări, tratamentul familiei este privit ca tratamentul fiecărui membru al ei. Analizarea

problemelor familiale este legată de înțelegerea patologiilor individuale („familii nevrotice”, „familii schizofrenice”, „familii sadomazohiste”). În contextul celor expuse un loc aparte îl dețin subsistemele „mamă-copil”, „tată-copil”, la a căror cercetare sunt utilizate teoriile lui S.Freud, O.Rank, C.Horn, J.Bowlby și ale altor cercetători despre atașamentul copiilor față de părinți și influența lui asupra dezvoltării psihoemoționale a copilului, formării nevrozelor. Astfel, în asistența socială au fost evidențiate următoarele tipuri de relații familiale subsistemice, care conduc la apariția nevrozelor la copiii mici:

- *tipul executoriu* de relații familiale (ignorează posibilitățile individuale ale copilului, înlocuind dorința/intenția acestuia de a fi „primul”, a fi cel mai bun cu „necesitatea” dictată de părinți, de cei maturi;

- *tipul intern deprivativ* de relații familiale – este caracterizat de conflictul dintre dorințe și propuneri/oferte, de ignorarea sentimentelor și emoțiilor copilului, aceasta fiind însoțită de prescripția „Fii puternic!”;

- *tipul simbiotic* de relații intrafamiliale, pentru care este caracteristică hipertutelarea din partea părinților, rezolvarea totală a problemelor copiilor, ceea ce generează conflicte interne când mediul extern este apreciat ca pozitiv, iar incapacitatea de autorealizare este apreciată drept inferioritate, defectuoșitate;

- *tipul tensionat* de relații intrafamiliale – se caracterizează prin conflicte timpurii dintre mamă și copil, căruia ba i se permite totul, ba i se interzice totul; prin aprecierea negativă a oricărei manifestări a copilului.

Familia ca rețea de relații interpersonale presupune o abordare integră; cercetarea familiei ca o totalitate de legături și raporturi sistemice, având în calitate de componente structura familiei, comunicarea familială, interacțiunea cu alți oameni din

mediul înconjurător, modelele de interacțiune între generații etc. F.Hollis și M.Woods atrăgeau atenția asupra schimbărilor care se produc permanent atât în raporturile din interiorul familiei, cât și în cele dintre generații. Ei menționau că cu trecerea timpului are loc o activizare sau diminuare a mecanismelor de adaptare la manifestările de rol, modelele conduitei și alte componente, acestea fiind însoțite adesea de cele mai diverse probleme: boli, despărțiri, certuri, conflicte, divorțuri etc., pe care familia nu le poate rezolva de sine stătător¹.

Conținutul familiei poate fi dezvăluit mai amplu prin analiza structurii și funcțiilor pe care aceasta le îndeplinește. Vorbind despre structura familiei, menționăm că ea se referă nu doar la aspectul cantitativ, numărul de indivizi pe care îi are, ci și la sistemul de poziții, roluri sociale, raporturi dintre membrii ei. ***Din perspectiva structurii, deosebim mai multe tipuri de familii***², stabilite de-a lungul istoriei, precum:

1. *Familia pe grupe mari*, care cuprinde grupuri de perechi căsătorite, trăind laolaltă în cadrul aceleiași gospodării. Spre exemplu, o asemenea formă de familie o reprezintă Zadruga la slavii de sud, iar la chinezi – conviețuirea mai multor cupluri în același spațiu de locuit.

2. *Familia nucleară*, care reprezintă nucleul tuturor celorlalte forme de structuri familiale. Ea este compusă din soț, soție și copiii dependenți de ei, care locuiesc și gospodăresc împreună. Familia nucleară s-a constituit în epoca industrială și, mai ales, în cea postindustrială, când cuplul, putând supraviețui prin sine însuși, s-a delimitat de restul familiei extinse. Această formă de familie îndeplinește funcții larg acceptate social, într-o anumită

¹ A se vedea: Фирсов М.В. *Технология социальной работы*, p.306-312.

² A se vedea: Voinea M. *Sociologia familiei*. –București, 1993, p.32-36; Iluț P. *Sociopsihologia și antropologia familiei*, p. 65-76.

măsură instituționalizate sau reglementate prin norme sociale. Cu toate că modelul familiei nucleare predomină în societatea contemporană, el a suferit schimbări importante în multe din dimensiunile sale, încetând în cazul multor societăți dezvoltate să mai fie singurul model de familie practicat și acceptat. Schimbările intervenite țin, în primul rând, de modalitățile de constituire a familiei, comportamentul sexual, structura și dimensiunile familiei, diviziunea rolurilor în cadrul familiei, stabilitatea acesteia, opiniile cu privire la familie.

3. *Familia extinsă sau lărgită/compusă* este formată din mai multe familii nucleare, cuprinde pe lângă nucleul familiei și alte rude și generații: părinții soțului și/sau soției, frații și surorile soțului și/sau soției (cu soții, soțiile și copiii lor), precum și unchi sau mătuși de-ai cuplului. De regulă, într-o familie extinsă trăiesc și gospodăresc împreună și își împart responsabilitățile mai mult de două generații: părinții, copiii acestora, părinții părinților etc. Familia lărgită, după cum menționează sociologul american *N.J.Smelser*, reprezintă o unitate ce asigură continuitatea tradițiilor, preocupărilor și obiceiurilor familiei respective. Dacă familia simplă, nucleară apare ca o unitate separată condusă de soț sau soție, sau de ambii, apoi familia extinsă este condusă de cei mai vârstnici, sau de către un consiliu format, de asemenea, din cei mai vârstnici. Acest tip de familie a fost caracteristic preponderent pentru epocile preindustriale, când confruntarea cu mediul natural și social era atât de dură încât familia a inclus, pentru a fi cât mai puternică, tot mai multe grade de rudenie.

Este necesar a menționa că în viața cotidiană pot fi întâlnite multiple abateri de la sensul teoretic ideal descris anterior al familiei nucleare și extinse. De exemplu, cuplul conjugal fără copii, un părinte cu un copil sunt considerați tot familie nucleară, iar conviețuirea soț-soție (fără copii) cu părinții unuia dintre ei

este considerată familie extinsă. Or, în realitate atât familiile nucleare, cât și cele extinse pot fi incomplete. În context, menționăm că tot mai frecvente devin în ultimul timp familiile extinse incomplete, formate în urma unor catastrofe sociale sau naturale, însoțite de decesul sau dispariția părinților copiilor minori, aflarea lor în închisori, decăderea din drepturile părintești etc. În asemenea situații, de cele mai multe ori, copiii sunt luați în îngrijire de buneii lor. Astfel de cazuri se înregistrează și de pe urma plecării unor părinți la munci în străinătate, rămânând acolo pentru totdeauna și abandonându-și copiii.

4. *Familia tulpină* reunește trei generații: cea a tatălui și a mamei, a unuia dintre copii (de regulă, un băiat) cu soția și copiii acestuia. Așadar, din familia tulpină fac parte: bunicii, părinții, copiii având aceeași locuință. Acest grup include, de asemenea, copiii care au rămas celibatari. Tipul de familie tulpină este caracteristic pentru familia moldovenească și în prezent. De regulă, în casa părintească rămâne fiul cel mai mic sau fiica cea mai mică, în cazul când în familie nu sunt băieți. Celorlalți copii li se face o zestre fie în bani, fie în alte bunuri (casă, automobil, mobilă, covoare, tehnică de uz casnic etc.).

Menționăm că locul în care se va stabili cuplul întemeiat are o importanță deosebită pe planul vieții economice, psihosociale și al socializării copiilor. Din această perspectivă, deosebim mai multe feluri de rezidență: 1) *rezidență patrilocală* – prin care grupul familial se stabilește la părinții mirelui (soțului); 2) *rezidență matrilocală* – cuplul întemeiat se stabilește la părinții soției; 3) *rezidență ambilocală* – este indiferent la părinții cărui soț locuiește cuplul constituit: succesiv la părinții unuia și altuia dintre soți; 4) *rezidență avuncolocală* – familia întemeiată locuiește cu unul dintre unchii soțului sau ai soției; 5) *rezidență neolocală* – model ce se impune tot mai insistent în viața actuală

și presupune stabilirea cuplului nou-format într-o locuință proprie, independent de părinți și rude. Această formă de rezidență este specifică familiei nucleare, iar toate celelalte – grupului familial extins.

Printre alte *tipuri de familie, în dependență de poziția unei persoane în cadrul familiei*, putem distinge: *familia consaguină* și *familia conjugală*.

Familia consaguină este familia din care provin indivizii (tată, mamă, frați, surori, bunici). Până la căsătorie individul aparține, în majoritatea cazurilor, ca fiu sau fiică unei familii din care provine. Aceasta mai este numită familia nucleară *de orientare* (familie nucleară de proveniență a unei persoane), de origine. Denumirea „familie consaguină” indică faptul că între respectiva persoană și ceilalți membri ai familiei (părinți, frați, surori) sunt stabilite legături de sânge.

Familia conjugală este cea constituită prin căsătorie (soții, copiii) și se mai numește *de procreare* (familie nucleară constituită prin mariaj). Tot prin căsătorie, individul devine, în majoritatea cazurilor, membru al familiei de orientare a partenerului său – familia socrilor și a cumnaților – aparținând deci încă unei familii, numită *familie prin alianță*.

Famiiliile pot fi clasificate (în special din perspectiva asistenței sociale) și în dependență de *tipul riscului social*. Este vorba de evidențierea familiilor care se confruntă cu greutăți insurmontabile și cu necesitatea acută de a fi ajutate de către sistemul de protecție socială. Acestea sunt familiile sărace, cu copii cu dizabilități, cu părinți cu dizabilități, cu părinți șomeri, cu persoane dependente de alcool și droguri, familii ale refugiaților, migranților, militarilor, familii cu adicții etc.

O problemă importantă în cercetarea familiei din perspectiva asistenței sociale (problema plasamentului familial,

adoapției, identității etc.) o reprezintă descendența indivizilor cu corolarul ei *rudenia*. În orice cultură copiii sunt incluși în raporturi de rudenie:

- *Rudenia biologică* consaguină, adică bazată pe legături de sânge.

- *Rudenia afină* – ceea ce rezultă din căsătorie.

- *Rudenia spirituală* (nășia, frăția de cruce) – cea bazată pe raporturi determinate de participarea la un eveniment deosebit din viața individului (naștere, căsătorie etc.). Or, rudenian nu este în întregime determinată prin legături biologice. Revenind la descendență, menționăm că ea reprezintă totalitatea inșilor în linie directă care se trag dintr-un cuplu conjugal sau dintr-o persoană. Principiul descendenței atribuie indivizii la grupuri de rudenie conform relației lor cu mama sau cu tatăl. Cele mai multe societăți preferă numai o linie de descendență¹.

Familia este, în esență, un grup de cooperare, dar, în același timp, este și un grup în care se manifestă relații de autoritate, rezultate din poziția pe care o ocupă un soț în raport cu celălalt soț și din poziția pe care o ocupă un cuplu în cadrul menajelor cu mai multe nuclee familiale. Autoritatea își poate avea izvorul în: 1) *tradiție* (generațiile vârstnice își manifestă autoritatea față de copiii căsătoriți și necăsătoriți în toate domeniile. Acest tip de autoritate este caracteristic în special familiilor lărgite tradiționale); 2) *poziția față de proprietate* (dispune de autoritate acea persoană, acel soț pe a cărui linie s-a făcut transmiterea proprietății); 3) *independența economică și socială* (acest tip de autoritate privește îndeosebi relațiile dintre părinți și copiii minori). Autoritatea poate proveni, de asemenea, din poziția socială (rangul social) pe care o are unul dintre membrii familiei,

¹A se vedea: Schaefer R. *Sociology*. –Mc Graw-Hill Book, 1983, p.299.

din prestigiul social dobândit de un soț prin exercitarea unei activități extrafamiliale.

Din perspectiva descendenței, precum și a diviziunii rolurilor, relațiilor de putere, care în decursul istoriei au suportat schimbări esențiale, deosebim *familia matriarhală* și *familia patriarhală*. În familia matriarhală, caracteristică pentru etapele timpurii ale comunei primitive / epocii arhaice, responsabilitatea principală în menținerea stabilității ginții, tribului, în evoluția descendenților și moștenirea averii, proprietății aparține femeii. Femeia, în primul rând mama, deține puterea în familie, de unde se trage și denumirea de familie matriarhală.

Actualmente, sunt în extensie *famiile matrifocale*, ceea ce înseamnă că mama singură își crește copiii. Soții, din diferite motive, practic nu participă la îngrijirea copiilor. Famiile matrifocale constituie partea cea mai numeroasă a *famiilor monoparentale* – familii în care copiii sunt cu un singur părinte, de cele mai multe ori cu mama.

Mai târziu, în condițiile descompunerii orânduirii primitive și apariției proprietății private, claselor și statului, rolul principal în activitatea de producție, în societate și familie, în moștenirea averii trece de partea bărbaților. Astfel, sistemul familial devine, drept urmare a celor menționate, un *sistem patriarhal* (tradițional), pentru care este caracteristică *dominația puterii bărbatului* asupra celorlalți membri ai familiei, divizarea strictă a responsabilităților bărbatului și femeii. Un asemenea tip de relații în familie este acceptat și chiar legiferat de multe țări și în epoca contemporană (Japonia, Brazilia, Thailanda, Iran etc.), nefiind o excepție nici pentru multe din familiile moldovenești.

În ultimele decenii, odată cu creșterea esențială a numărului de femei implicate în activitatea de producție, în diferite sfere ale vieții sociale, în multe țări dezvoltate (SUA, Franța, Suedia etc.)

puterea în familie este exercitată în măsură egală de către bărbat și femeie. Acest sistem familial este numit *egalitar* și putem spune că el se înrădăcește și în societatea moldovenească.

Sociologul american *Thomas Burch* susține că persoanele care trăiesc în aceeași locuință, indiferent dacă sunt sau nu rude, sunt considerate 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*.

În cazul când membrii unei familii nu împart aceeași locuință, ci locuiesc la distanțe mari, 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 avem *o familie de interacțiune sau navetistă, migrantă*.

Un alt punct de vedere în legătură cu conceptul de familie îl constituie denumirile sociologice de *familie normală* și *familie anormală*. În funcție de ***criteriul normalității***¹, vom deosebi, ținând cont de aspectele structural-funcționale, juridice și etice ale normalității, următoarele tipuri de familie:

- *familii normale*, alcătuite din soț, soție și copii: îndeplinesc adecvat funcțiile familiei; sunt constituite prin căsătorie încheiată conform normelor juridice existente și sunt întemeiate pe dragoste reciprocă, respect și stimă. Cu referire la viața de familie, termenul normal, dincolo de aspectul axiologic, semnifică ceea ce este permisibil social, ce se întâlnește, de regulă, în cele mai multe familii. Altfel spus, după cum se exprimă *H.H.Stahl*, sensurile termenului de normal variază de la:

- *accepțiunea curentă*, după care frecvența unui fenomen determină normalitatea sa. Potrivit acestui sens, *familia normală este compusă din soț, soție și copii*;

¹ A se vedea: Voinea M. *Sociologia familiei*, p.5-12.

- *sensul conferit de lege normalității*. Din această perspectivă, *normale* sunt familiile întemeiate prin actul juridic al căsătoriei;

- *sensul etic al normalității* ia în considerație întemeierea familiei pe baza sentimentelor de dragoste, respect reciproc, stimă, cu precizarea că dimensiunea etică a familiei este dificil sau chiar imposibil de a o cuantifica;

- *familii anormale*, din care lipsesc copiii (*familie incompletă*) sau lipsește unul din partenerii cuplului conjugal (*familie monoparentală*); nu-și îndeplinesc corespunzător funcțiile ce le revin; nu sunt constituite prin căsătorie; sunt constituite potrivit unor calcule și interese materiale. Noțiunea de „familie anormală” se referă, de asemenea, la familiile dezorganizate, cu prezența membrilor alcoolici, dependenți de droguri, care vagabondează, practică prostituția etc.

Sub incidența anormalității cad într-o anumită măsură și astfel de tipuri de familie (întâlnite tot mai frecvent în condițiile migrațiunii în creștere), în care, de exemplu, rolul mamei este îndeplinit de tată, fratele sau sora mai mare. Aceste tendințe din comportamentele familiale înaintează noi probleme în fața asistentului social, care îl impun să aprecieze dintr-o nouă perspectivă disponibilitatea familiei de a-și realiza funcțiile sale și să selecteze modalitățile corespunzătoare de ajutorare/suport.

În toate aceste abordări străbate ideea, potrivit căreia familia este o formă fundamentală de asociere a oamenilor, un tip special de grup social în care elementul formal – căsătoria nu lezează coeziunea intimă a grupului, a membrilor lui. Familia se constituie prin **căsătorie / mariaj**¹, care reprezintă o modalitate de unire a două persoane de sex opus, recunoscută și legitimată

¹ A se vedea: Iluț P. *Sociopsihologia și antropologia familiei*, p.77-87.

social. Printre caracteristicile esențiale ce deosebesc mariajul de alte uniuni interindividuale (prietenii, familiile incomplete) pot fi menționate următoarele: se desfășoară într-o manieră publică (de regulă, formală); contactele sexuale dintre parteneri figurează ca un element explicit al relației, constituie condiția esențială pentru legitimizarea urmașilor, le dă un statut acceptat; are tendința de a fi o relație stabilă și de durată. Însă, în realitate, aceste caracteristici ale mariajului nu pot fi găsite în integritatea lor. Ele se manifestă într-o formă specifică de tendință pentru fiecare caz de mariaj.

Mariajul se realizează prin oficierea juridică, de regulă și religioasă, sub formă de contract între parteneri și între aceștia și stat, prin care părțile își recunosc reciproc drepturile și obligațiile. Oficierea mariajului, cunoscută tradițional prin termenul de *nuntă*, realizându-se sub forma unei ceremonii, constituie prilejul major de recunoaștere socială a noii familii și de conștientizare publică de către comunitate și de către parteneri a noului lor status ca familie.

Forma cea mai răspândită de mariaj în lume este *monogamia*, în care pe un timp dat o persoană este căsătorită cu o singură persoană. Alături de această formă de mariaj, în mai multe societăți este permisă și căsătoria multiplă – *poligamia*, cu cele două forme ale sale: *poligenia* (un bărbat este căsătorit concomitent cu mai multe femei) și *poliandria* (o femeie are în același timp mai mulți soți). Poligenia este frecventă în anumite culturi: în țările islamice, la populațiile africane, la indienii australieni și la unii indieni din SUA. Poliandria se întâlnește mai rar – doar în câteva regiuni din India, Nepal, Oceanul Pacific și la unele populații din Africa Centrală. Poligenia poate fi *sororală* (când bărbatul se căsătorește cu toate sau cu unele dintre surorile soției)

și *nonsororală*. De asemenea, poliandria poate fi *fraternală* și *nonfraternală*.

Studiile de antropologie și sociologie arată că poligamia este puternic corelată cu factori economici și ecologici. Astfel, poligamia este practică, pe de o parte, de indivizii ce au resurse să întrețină mai mulți parteneri conjugali, căsătoria multiplă fiind un lux (poligamie elitistă), iar, pe de altă parte, de persoane ce caută să maximizeze beneficiul economic, dat fiind că mai multe soții lucrează mai mult (poligamie populară). Ultimul tip de mariaj – poligamia populară, este mai degrabă o necesitate decât un lux, condiționat de anumiți factori geografici și economici.

Un factor esențial ce explică apariția și menținerea familiei, în general, și a celei poligame, în particular, este factorul demografic. Astfel, în condițiile în care numărul de femei și bărbați este egal sau aproape egal, probabilitatea mariajelor monogame este mult mai mare, decât atunci când între cele două sexe se stabilește o disproporție statistică esențială. Cauzele acestor disproporții sunt diferite în diferite societăți, culturi și perioade istorice: războaie, infanticidul selectiv, boli, căsătorirea la o vârstă mai târzie a bărbaților etc. La etapa actuală, disproporția dintre bărbați și femei este cauzată în mare parte de fertilitatea în continuă scădere, migrația externă (de exemplu, în Moldova) etc. Oricum, monogamia rămâne a fi forma de mariaj cea mai răspândită, iar poligamia, în toate manifestările sale, va fi mereu marcată de tensiuni legate în special de gelozie și rivalitatea dintre copiii de la diferite mame sau tați.

Referindu-ne la regulile mariajului, menționăm că acesta poate avea loc între membrii aceluiași grup (în cadrul rasei, etniei, religiei respective) – *endogamia*, sau în afara grupului (între parteneri din rase, etnii și religii diferite) – *exogamia*. Toate culturile practică și un fel și alt fel de mariaj. Prin endogamie se

asigură stabilitatea și reproducerea specificului contextului sociocultural, iar prin exogamie – legăturile și schimburile cu alte populații, ceea ce revigorează grupul dat.

Dat fiind că compatibilitatea partenerilor depinde și de proveniența lor din același mediu social de vârstă, de pregătire și stare materială, s-a impus realizarea căsătoriei în cadrul mediului social respectiv, deci în mod *homogam*. Căsătoriile între partenerii din medii sociale diferite poartă denumirea de *heterogamie*.

În contextul celor expuse este necesar să menționăm că endogamia, având ca restricție absolută consangvinitatea, a impus tabuul incestului, deci interzicerea căsătoriei între rude, iar homogamia, având ca restricție absolută vârsta minoră, a impus majoratul ca limită inițială de realizare a căsătoriei, deci interzicerea căsătoriei până la o anumită vârstă.

„Regulile căsătoriei” includ și multe alte elemente caracteristice pentru toate culturile, precum: *cu cine* să te căsătorești, *când* (la ce vârstă și în ce anotimp etc.) și *cum* (ce ritualuri, cu ce înțelegeri de avere etc.). Referindu-ne la realitățile din Republica Moldova, menționăm, în special, frumoasele tradiții ce țin de componenta „*cum*” și care sunt o expresie a solidarității intra-generaționale. Astfel, ambele familii și rude ale tinerilor căsătoriți fac eforturi pentru a le oferi un început de viață, din punct de vedere material, pe cât e posibil mai bun. În dependență de situația economică a părinților li se dăruiește la nuntă de la mici sume de bani sau obiecte casnice până la locuințe și autoturisme.

În majoritatea țărilor europene, până acum 30-40 de ani, cei mai mulți tineri se căsătoreau. Celibatul definitiv nu afecta decât o mică parte din populația în vârstă de căsătorie și nici nu era bine văzut la nivel social, mai ales celibatul femeilor. Conviețuirea în afara căsătoriei legale era stigmatizată social și descurajată prin măsuri legale sau reglementări administrative. Multe din aceste

norme și reglementări legale sau sociale ale familiei nucleare continuă să orienteze și astăzi nupțialitatea unui număr mare de tineri. Cu toate acestea, în unele societăți se observă o descreștere a ratei nupțialității. Astfel, în ultimii 50 de ani rata nupțialității a scăzut în majoritatea țărilor din Europa de Vest, fiind puternic nuanțată în special în Germania, țările nordice, Austria și Elveția. În țările din Europa Centrală și de Est evoluția nupțialității a fost mai complexă. Aici găsim: țări în care nupțialitatea a scăzut continuu în perioada anilor 1960 – 1990 (Iugoslavia, Bulgaria); țări în care nupțialitatea a crescut continuu în aceeași perioadă (Polonia); țări în care nupțialitatea a crescut la începutul anilor '70 și a scăzut în anii '80 (Ungaria, Cehia, Slovacia) și țări în care nupțialitatea a început să crească în anii '80 după o perioadă de scădere din anii '70 (Germania Federală și zonele est-germanice)¹. În Republica Moldova s-a observat o scădere evidentă a numărului de căsătorii: de la 9,4 la 1000 de locuitori în anul 1990 până la 6,0 în 2002, revenind apoi la cifra de 8,2 în 2007*. Rata nupțialității este influențată de o multitudine de factori economici, sociali și culturali, precum: dezechilibrele dintre sexe provocate de rata diferită a migrației; imposibilitatea unor persoane de a obține independență economică; homogamia puternică în unele cazuri (căsătoriile se fac în esență între membrii aceleiași clase sau categorii sociale); schimbările în comportamentul sexual ce țin de liberalizarea sexuală; anumite concepții cu privire la familie etc.

Familia contemporană a fost supusă unui șir de modificări, schimbând ponderea diferitelor tipuri structurale, importanța și

¹ Mihăilescu I. *Familia în societățile europene*. –București, 1999, p.16.

* Datele sunt aduse fără raioanele din stânga Nistrului și mun. Bender.

conținutul funcțiilor ei¹. Aceste modificări stau sub semnul trecerii de la *tradițional* la *modern*. Deosebirea principală dintre familia modernă și cea tradițională ține de primordialitatea obligațiilor și a afecțiunii. Dacă în familia tradițională extinsă legăturile de sânge și rudenie constituiau sursa principală a drepturilor și obligațiilor, precum și obiectul privilegiat al afecțiunii, apoi familia modernă este focalizată pe membrii din interiorul familiei nucleare, cu toate că ea nu a rupt legătura cu rețeaua parentală (de rudenie).

Păstrând multiple suprapuneri cu familia nucleară tradițională, familia nucleară modernă a evoluat de la autoritatea tatălui (câștigător de venituri) asupra soției și copiilor spre o mai mare apropiere între rolurile din cadrul grupului familial.

5.2. Funcțiile familiei

De-a lungul istoriei, familia s-a constituit ca o formă specială de comunitate umană prin faptul că ea îndeplinește funcții pe care nu le regăsim la alte grupuri sociale². Dintre cele mai importante funcții ale familiei se desprind următoarele:

1. **Funcția reproductivă** și de reglementare a modelelor reproducerii este cea mai importantă funcție a familiei ca instituție socială și grup social mic, care se realizează prin reproducerea biologică a populației, prin satisfacerea necesității naturale de copii. Fiecare societate, cultură își poate continua viața, existența doar prin reproducerea indivizilor.

Nașterea copiilor reprezintă pentru societate nu doar o necesitate biologică, de asigurare a continuității genului uman, dar

¹ A se vedea: Ciupercă C. *Cuplul modern. Între emancipare și disoluție*. –Alexandria: Editura TIPOALEX, 2000, p.157-174.

² A se vedea: Iluț P. Psihosociologia și antropologia familiei, p.67-69; Voinea M. Sociologia familiei, p.44-50.

și una economică. Potențialul de muncă al zilei de mâine sunt copiii de astăzi. De aceea, societatea este cointereseată ca fiecare următoare generație să nu fie, în cel mai rău caz, mai mică numeric decât cea precedentă. În același timp, pentru familie copilul nu este doar o necesitate biologică și economică (să-și continue neamul sau să-și asigure o mână de ajutor la bătrânețe), ci și una moral-emoțională. Familia fără copii se simte sufletește neîmplinită, copleșită de sentimentul pustietății, este supusă unei crize moral-spirituale.

Prin familie societatea stabilește însă și anumite reguli de reproducere, indică unde, când și cu cine pot intra indivizii în contact sexual. Or, familia indică modelele de reproducere sexuală, promovând sau interzicând anumite forme de mariaj (de exemplu, mai multe soții sau mai mulți soți), anumite concepții despre divorț etc. Prin regulile ei formale și informale, familia reglează comportamentul sexual inter-familial, nu permite relații sexuale întâmplătoare, interzice incestul, relații sexuale între rudele apropiate. Mijlocul formal al controlului relațiilor sexuale este interzicerea mariajului între părinți-copii, frați-surori, bunici-nepoți, unchi-nepoți, verișori de gradul I.

2. **Funcția economică** (de organizare a producției și consumului). Membrii familiei apti de muncă sunt incluși în activitatea de producție a bunurilor materiale, prin care dobândesc mijloace necesare pentru existență, inclusiv pentru membrii familiei care nu pot munci (copii, bătrâni, bolnavi etc.). Această funcție se manifestă și prin administrarea în comun a gospodăriei, a vieții de familie, oferirea de servicii, sprijin reciproc de către membrii familiei. Realizarea funcției economice reprezintă indicatorul principal al echilibrului într-o familie. Despre familia în care sunt rezolvate problemele de ordin economic se spune că este o familie bine organizată și cu posibilități de a-și rezolva și

celelalte probleme. Funcția economică presupune o repartizare a responsabilităților în familie, fiecare membru fiind responsabil de o anumită activitate. În afară de părinți, cărora le revine partea esențială în asigurarea materială a familiei și care pentru aceasta trebuie să aibă o meserie, o specialitate, este necesar să existe o preocupare deosebită pentru copii. În dependență de vârsta și capacitățile pe care le au, aceștia trebuie să fie incluși în activități casnice de gospodărire, de consolidare economică a familiei, pregătindu-i pentru însușirea temeinică a unor anumite meserii, profesii în instituțiile de învățământ. Drept urmare, ei vor putea obține un loc de lucru, care le va asigura veniturile primare, fiind pregătiți concomitent pentru o viață independentă.

Funcțiile economice ale familiei variază de la o generație la alta și de la o societate la alta. Un loc aparte în cadrul lor aparține *locuinței*, spațiului locuit de membrii familiei. Condițiile de locuit influențează direct întreaga desfășurare a vieții de familie: atmosfera de lucru, odihna, posibilitățile de recreare, de refacere fizică și psihică a membrilor familiei etc. Actualmente, pentru multe societăți, inclusiv pentru cea moldavă, locuința a devenit un factor determinant în echilibrul familiei.

Pentru asistentul social este important ca atunci când studiază locuința să aibă în vedere mai mulți indicatori, să țină seama de suprafața totală locuită, de numărul de persoane ce trăiesc în apartamentul respectiv, să vadă 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 fie atent asupra faptului cum este dotat apartamentul și fiecare cameră în parte.

Alături de problemele locuinței, în studiul familiei din perspectiva funcției economice este important să se analizeze și

bugetele de familie, care scot în evidență raportul dintre venituri și cheltuieli. În țările dezvoltate, raportul dintre venituri și cheltuieli într-o familie este echilibrat, ba mai mult – volumul cheltuielilor este mai mic decât cel al veniturilor. În felul acesta, familia își poate crea o rezervă de venituri, care poate fi utilizată pentru prosperarea membrilor săi, pentru studii în instituții prestigioase de peste hotare, excursii, odihnă în zone exotice, procurarea automobilului, a tehnicii sofisticate de uz casnic etc.

3. ***Funcția de socializare primară.*** Orice societate se reproduce prin familie nu doar biologic, ci și social, adică creează condiții pentru ca viitorii ei membri să-și însușească valorile pe care le promovează. Familia reprezintă mediul primar favorabil nu doar pentru îngrijirea fizică a copiilor, dar și pentru socializarea lor. Chiar din primii ani părinții învață copilul tipurile de comportament necesare pentru a se încadra în societate. Părinții oferă copiilor mult mai mult decât un simplu nume de familie. În familie copilul își formează primele idei despre cum ar trebui să gândească, cum ar trebui să fie legile care ne guvernează existența etc. Prin însușirea unor astfel de reguli, copiii învață nu doar un anumit comportament față de părinți, dar și cum să se supună regulilor grupului, cum să relaționeze cu frații, surorile, alți membri ai familiei, cum să stabilească legături cu cei din lumea exterioară. Copilul însușește *rolurile sociale* specifice societății sale, precum și credințele, valorile și normele pe baza cărora acestea sunt posibile. Toate conexiunile, obligațiile, expectațiile de tip social se stabilesc pe baza celor dintre membrii familiei. Menirea socializării în familie este să asigure continuitatea societății prin formarea culturală a generațiilor. Socializarea vizează sensul valoric al societății. Or, socializarea, după cum menționează și antropologul american *Ralph Linton*, este un proces prin care individul învață ceea ce trebuie să facă

pentru ceilalți și ceea ce poate în mod legitim să aștepte de la ei¹. Așadar, familia are marea menire de a-și pregăti pentru viață copiii din toate punctele de vedere, astfel ca ei să fie considerați ca având cei „șapte ani de acasă”.

Socializarea realizată în familie este considerată drept *socializare inițială, primară*. Însă, viața îl determină pe individ să-și însușească și alte roluri sociale, precum cele de elev, student, salariat, soț, părinte etc. Aceasta îl impune să se socializeze în continuare. Socializarea ulterioară se realizează în grupuri secundare (școli, locuri de muncă, cluburi etc.) și primește denumirea de *socializare secundară*. Socializarea primară și cea secundară se află într-un raport de complementaritate.

Prin socializare 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.

4. ***Funcția sexuală/hedonistă***, de satisfacere a necesităților sexuale. Astăzi este recunoscut faptul că nesatisfacerea trebuințelor sexuale generează reacții nevrotice, disfuncții serioase ale personalității. Viața sexuală normală, relațiile sexuale regulate constituie o premisă a unui mod de viață sănătos. În același timp, menționăm că atitudinea ușuratică față de sex nu-i face pe oameni mai fericiți. Din contra, relațiile sexuale cu partenerii întâmplători, așa-zisul „sex liber”, generează sentimente de neliniște, anxietate, mințire, conduc adesea la urmări criminale, la multiple boli venerice, infectarea cu HIV/SIDA etc. Atitudinile față de creșterea libertăților sexuale sunt, desigur, diferite pentru categoriile sociale dintr-o societate, acestea aflându-se în dependență de

¹A se vedea: Voinea M. *Sociologia familiei*, cap. 4.

vârstă, sex, statutul marital, factorii socioculturali și religioși. De asemenea, apar situații diferite de la o societate la alta. Oricum, liberalizarea relațiilor sexuale diminuează rata nupțialității, afectează stabilitatea familiei, chiar dacă în mod diferit de la o societate la alta sau de la o categorie socială la alta. Liberalizarea sexuală a devenit actualmente o problemă socială importantă în Europa de Vest și în SUA. Menționăm, însă, că acest fenomen capătă amploare și în Europa Centrală și de Est, ceea ce impune necesitatea efectuării unor cercetări ample, în baza cărora vor putea fi formulate concluzii de rigoare cu privire la impactul lui asupra instituției familiei.

5. **Funcția recreativă și psihoterapeutică** – familia este sfera protecției absolute a omului, acceptării lui absolute indiferent de talent, situație financiară, succese etc. Expresia „*casa mea este cetatea mea*” exprimă cât mai reușit sensul acestei funcții. Or, familia sănătoasă, neconflictuală, este cel mai sigur adăpost, refugiu al omului în care el se poate retrage de la presiunile lumii exterioare, unde își poate spune toate durerile. Experiența demonstrează că omul își restabilește cel mai bine forțele epuizate într-un mediu familial prietenos, în comunicare cu apropiații, copiii săi.

6. **Funcția de control social primar** – constă în reglementarea morală a comportamentelor membrilor familiei în diferite sfere de activitate, în reglementarea responsabilităților dintre soți, părinți și copii, dintre generațiile în vârstă și cele tinere etc. Această funcție include formarea și susținerea sancțiunilor morale și juridice cu privire la încălcarea normelor sociale de către membrii familiei¹.

7. **Funcția socioafectivă**, prin care se evidențiază că ființa umană are nevoie nu numai de hrană și îmbrăcăminte, dar și de

¹A se vedea: Нартов Н., Бельский В. *Социология*, p.316-323.

căldură sufletească, susținere în momentele dificile ale vieții, împărtășire a bucuriilor și necazurilor, de dragoste, fericire, de satisfacerea nevoilor emoționale, asigurând astfel sentimentul siguranței și menținerea personalității.

8. **Funcția de solidaritate familială.** Chiar dacă parțial s-a vorbit deja despre această funcție, menționăm că ea este de importanță excepțională pentru menținerea stabilității și integrității familiei, pentru asigurarea bunăstării ei. Solidaritatea familială include 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 infimi.

9. **Funcția de acordare a unui statut social** – prin această funcție este menționat rolul important al familiei în reproducerea structurii sociale a societății. Fiecare individ născut într-o familie moștenește bunuri materiale și o poziție socială recunoscută (aparține la o anumită clasă socială, grup etnic etc.). Familia poate oferi însă statut social membrilor și indirect, prin școlarizare, căci fiecare părinte se străduie ca copiii săi să ajungă pe trepte cât mai înalte ale ierarhiei sociale.

Unii autori evidențiază și alte funcții ale familiei, precum sunt cele de: a) *formare a unui mediu stabil al interacțiunilor emoționale dintre membrii familiei*; b) *comunicare spirituală*; c) *organizare a timpului liber*; d) *funcția educativă*¹. Aceste funcții ale familiei sunt totuși părți integrante ale funcțiilor de socializare și socioafective.

Funcțiile familiei, enumerate mai sus, nu acționează separat una de alta, ci formează un sistem integrat și dinamic, care se dezvoltă pe parcursul tuturor ciclurilor vieții familiei. Această dezvoltare se realizează cu succes și benefic pentru toți membrii

¹A se vedea: Бабосов Е.М., Сапелкин Е.П. *Социология*. –Минск 2001, p.235-236.

familiei doar în cazul în care aceștia sunt uniți prin puternice legături emoționale, afective, în primul rând prin dragoste.

5.3. Stiluri alternative de viață familială

Astăzi nu putem să nu recunoaștem că epoca industrială și, în special, cea postindustrială au afectat puternic funcțiile familiei. Astfel, liberalizarea moravurilor a condus la ignorarea satisfacerii reglementate a necesităților sexuale; preluarea de către diverse instituții a funcției de socializare a slăbit socializarea primară din cadrul familiei; înstrăinarea specifică pentru această epocă face tot mai puțin resimțită funcția afectivă; aprecierea individului în conformitate cu meritele sale a redus funcția de asigurare a statusului social; creșterea posibilităților de implicare în viața socială, de a face o carieră bună, de supraviețuire a diminuat funcția reproductivă etc.

Declinul funcțiilor familiei asociat cu factorii economici, sociali și culturali a condus în multe societăți la extinderea unor tipuri de familii noi, sau care anterior erau marginale. Familia reprezintă actualmente o diversitate de forme, combinându-se cu alte tipuri de conviețuire foarte diferite de familia nucleară și considerate adesea ca stiluri alternative de viață familială¹. Printre acestea pot fi numite:

- *Celibatul* – opțiune a individului de a trăi singur; include persoane care nu întrețin relații sexuale permanente și persoane care au relații sexuale cu alte persoane celibatate. Este un stil de viață care duce la scăderea natalității, ceea ce a determinat majoritatea țărilor să adopte acțiuni de descurajare a acestuia (taxe pe celibat, impozite mai mari pentru celibatari, restricții în obținerea locuinței etc.).

¹ Mihăilescu I. *Familia în societățile europene*, p.28-38.

- *Coabitarea consensuală* – o formă de conviețuire informală, alcătuită din persoane de sex opus între care nu există relații de căsătorie. Din punct de vedere funcțional, cuplul consensual nu diferă prea mult de familia nucleară, el îndeplinind practic toate funcțiile familiei. Este un stil de viață adoptat mai ales de tineri, fiind pentru ei un mod de pregătire pentru viața de familie, dar care conține și mari riscuri, în special, pentru copii (dacă aceștia apar) care pot rămâne cu un singur părinte, de regulă – cu mama.

- *Menajul / familia fără copii* – formă de familie rezultată, obiectiv, din incapacitatea de a avea copii (cuplu nefertil) sau, subiectiv, din dorința de a nu avea copii. De exemplu, cauza subiectivă principală pentru familiile tinere din Moldova de a nu avea copii constă în mijloacele insuficiente de asigurare a condițiilor de creștere a acestora (lipsa unei locuințe, a unui loc de lucru, a unui salariu adecvat etc.). În contextul celor expuse, nu mai puțin importantă este criza spiritual-morală care a cuprins societatea contemporană, înaintând în prim-plan în ierarhia valorilor *lucrurile de prestigiu* (mașina, casa în mai multe niveluri, câinele de rasă etc.) fără a lăsa un loc cât de mic copilului.

- *Familia / menajul monoparental* – este, în cea mai mare parte, rezultatul divorțului, după care urmează decesul unuia dintre părinți, nașterile în afara căsătoriei. În unele țări, ponderea acestor familii este destul de ridicată. Spre exemplu, în SUA, 26,3% din familii erau în anul 1985 familii cu un singur părinte¹. În 2007, în Republica Moldova circa 23% din copii au fost născuți în afara căsătoriei, iar numărul de familii monoparentale alcătuita circa 16% din numărul total de familii. Aceste familii se

¹A se vedea: Vander Zanden, James W. *The Social Experience. An Introduction to Sociology*. –New York, 1988, p.363.

confruntă, inevitabil, cu dificultăți mult mai numeroase decât familiile nucleare complete.

Printre alte forme de conviețuire familială se numără, de asemenea:

- „comunele” religioase, artistice, de hippy etc. ca formă de trăire în comun;

- *mariajele „deschise”* – formă de familie permisivă extraconjugal;

- „familia” homosexuală – formă de conviețuire a doi indivizi de același sex. În unele țări (Olanda, Marea Britanie etc.) căsătoria între persoane de același sex este legiferată. În opinia publică moldovenească, acest mod de raporturi între bărbați sau între femei este considerat patologic, trezește atitudini de respingere și chiar de condamnare, dat fiind educația populației în spiritul valorilor derivate din raporturile firești dintre bărbat și femeie;

- *familia vitregă* – formă de familie în care cel puțin unul dintre parteneri are copii dintr-o relație anterioară.

Acestea sunt câteva din menajele familiale cel mai frecvent întâlnite alături de familia nucleară. În realitate pot exista mult mai multe tipuri de menaje. Tipurile de familie menționate dețin o pondere diferită în cadrul aceleiași societăți sau de la o societate la alta. Or, realitatea demonstrează că *actualmente are loc o scădere a ponderii familiei nucleare în toate țările din Europa și o creștere a ponderii menajelor nefamiliale și a familiilor monoparentale și consensuale.*

5.4. Tendințe în evoluția comportamentelor și modelelor familiale

Transformările ce s-au produs în modelele familiale sunt funcție a multiplelor schimbări care au intervenit în:

a) *Relația familie-societate*, aceasta fiind caracterizată de:

- scăderea importanței funcției economice a familiei;
- laicizarea și dezinstituționalizarea parțială a familiei;
- accentuarea mobilității sociale a membrilor familiei;
- intensificarea participării femeii la activitățile extrafamiliale (prelungirea carierei școlare, accentuarea profesionalizării, intensificarea participării la viața socială și politică, promovarea socială, independența economică a femeii, „emanciparea” femeii);

- preluarea unor funcții familiale de către societate;
- diminuarea relațiilor de rudenie și vecinătate;
- diminuarea controlului comunitar asupra comportamentelor demografice;

- creșterea toleranței sociale față de noile comportamente demografice;

- creșterea bunăstării materiale a familiilor etc.

b) *Comportamentele tinerilor necăsătoriți*, acestea evoluând spre:

- extinderea experienței sexuale premaritale;
- controlul fecundității;
- extinderea coabitării premaritale;
- extinderea celibatului definitiv și a menajelor de o singură persoană;

- creșterea permisivității sociale și a toleranței părinților față de comportamentele premaritale ale tinerilor.

c) *Comportamentele nupțiale*, pentru care a devenit specific:

- desacralizarea căsătoriei;
- reducerea importanței motivațiilor economice ale căsătoriilor;
- creșterea heterogamiei căsătoriilor;
- tendința de egalizare a pozițiilor la căsătorie ale bărbaților și femeilor;
- diminuarea sau dispariția rolului părinților și al rudelor în căsătoria tinerilor;
- scăderea ratei nupțialității.

d) *Comportamentele familiale*, urmate de:

- creșterea importanței relațiilor emoțional-afective dintre parteneri;
- intensificarea preocupărilor soților pentru calitatea vieții familiale;
- modificarea relațiilor dintre parteneri (tendința de egalizare a pozițiilor de autoritate ale soților, „emanciparea” femeii, o mai mare acceptare socială a relațiilor sexuale extraconjugale, reducerea importanței relațiilor economice în cadrul familiei, creșterea importanței comuniunii de preocupări, mentalități, atitudini și interese);
- modificarea diviziunii rolurilor în cadrul familiei (tendința de egalizare a diviziunii rolurilor, supraîncărcarea relativă a soțiilor ocupate în activități extrafamiliale, generarea unor noi concepții cu privire la diviziunea rolurilor, conflicte inițiate de noua diviziune a rolurilor);
- modificarea fertilității și a rolului copiilor: scăderea fertilității, controlul fecundității, unilateralizarea fluxurilor de

susținere (doar de la părinți la copii), concentrarea preocupărilor familiei pe calitatea descendenței, diminuarea rolului moștenirii (avere, nume, rang social);

- creșterea divorțialității, scăderea ratei recăsătoririlor, o mai mare acceptare individuală și socială a divorțialității, modificarea legislațiilor privind divorțul.

Schimbările în comportamentele familiale și în modelele familiale sunt determinate de un ansamblu de factori economici, sociali, culturali și ideologici¹. Factorii care au generat transformările modelelor familiale nu sunt identici în toate țările, după cum nici schimbările nu sunt aceleași, nici ca amploare, nici ca conținut. Există, desigur, și tendințe comune; acestea se manifestă însă cu precădere la nivelul unor mari zone socioculturale, spre exemplu: Europa de Nord, Europa Centrală, Europa de Est etc.

Cercetările realizate în țările din Europa, în SUA și în Canada, deși nu au ajuns la rezultate similare, permit totuși a evidenția principalii factori care au determinat schimbări în comportamentele nupțiale și în modelele familiale. Factorii cel mai frecvent puși în evidență sunt:

- diminuarea funcțiilor familiei prin preluarea unora de către societate;
- creșterea gradului de ocupare a femeilor și a dorinței de a se promova pe scara socială;
- creșterea independenței economice a tinerilor;
- creșterea veniturilor prin care unor persoane li s-a asigurat posibilitatea de a trăi singure și, drept urmare, s-a redus mult frecvența căsătoriilor pe motive de constrângere economică;
- creșterea diversității politice, culturale și spirituale;

¹ A se vedea: Ciupercă C. *Cuplul modern. Între emancipare și disoluție*, p.210-234.

- schimbări în moravuri și creșterea permisivității sociale la noile forme de comportament;
- efecte de contagiune, de împrumut al unor modele comportamentale de la un grup la altul și chiar de la o societate la alta¹.

Modificările produse în comportamentele nupțiale și în modelele familiale au consecințe semnificative asupra relațiilor dintre familie și societate, dintre individ și societate și asupra posibilităților de realizare a funcțiilor familiei. Ele au contribuit într-o anumită măsură la creșterea gradului de satisfacție a partenerilor, la creșterea independenței lor unul față de altul, la creșterea inserției femeii în activitatea socială. Aceste consecințe pozitive pentru individ se îmbină însă cu un șir de consecințe negative pentru societate. Unele modele noi de menaj sărăcesc familia de majoritatea funcțiilor și, în primul rând, de funcția ei de bază – reproducția și socializarea. Or, familia și-a pierdut o parte din caracterul ei de instituție socială, a crescut proporția familiilor dezmembrate, monoparentale, a familiilor supuse diferitelor forme de risc. Eroziunea valorilor familiei este însoțită de scăderea coeziunii familiale, pierderea capacității ei de a-și mobiliza resursele pentru asigurarea bunăstării comune. În urma schimbărilor produse în structura relațiilor familiale au de suferit cel mai mult copiii, căci este distrus „cuibul” cald și sigur care îi ocrotește de presiunile lumii exterioare².

Cele menționate nicidecum nu înseamnă, însă, prăbușirea familiei ca instituție socială. Indiferent de natura schimbărilor care s-au produs în modelele familiale, în toate societățile contemporane se manifestă o atitudine pozitivă față de familie,

¹ A se vedea: Mihăilescu I. *Familia în societățile europene*, p.15-28.

² A se vedea: Zamfir C., Zamfir E. (coord.). *Politici sociale. România în context european*, p.165.

predomină comportamente familiale dezirabile din punct de vedere social. Vorbind de transformările care au avut loc în structura și funcțiile familiei, menționăm că o parte din ele sunt rezultatul inevitabil al dinamicii vieții sociale și economice generale. Ar fi straniu să ne închipuim familia ca ceva dat o dată și pentru totdeauna, fără a evolua în timp. După cum menționează Alvin Toffler, dacă vrem să menținem familia nucleară tradițională, atunci ar trebui să se înghețe progresul tehnologic, să se blocheze dezvoltarea sectorului serviciilor, să se împiedice mobilitatea socială, să se standardizeze normele sociale, activitatea femeilor să fie limitată la gospodărie, să nu se permită dobândirea independenței economice de către tineri pentru a-i menține dependenți de părinți, să se interzică mijloacele de control asupra fecundității, să scadă nivelul de trai al familiilor, cu alte cuvinte – să se frâneze dezvoltarea economică și socială¹. Desigur, aceste generalizări nu pot fi exagerate, dacă se dorește a cunoaște cu adevărat impactul transformărilor produse în structura și modelele familiei la nivel societal.

Familia se află în permanență racordată la realitățile sociale. După cum menționa *Henri Stahl*, ea „nu poate și nu trebuie să rămână indiferentă la tot ceea ce se întâmplă dincolo de viața ei personală, dincolo de ușa simbolică ce o desparte de restul lumii”².

Pe de altă parte, comportamentul familial nu privește doar pe cei implicați în relațiile familiale. El prezintă interes pentru întreaga societate, dat fiind faptul că familia rămâne a fi factorul de bază ce asigură coeziunea unei societăți. Nu este vorba, însă, de o influență unilaterală, doar din partea societății asupra familiei, sau invers. Între familie și societate există o interacțiune reciprocă. Astfel, pe de o parte:

¹ A se vedea: Toffler A. *Al treilea val*. –București, 1983, p.282-285.

² Stahl H.H. *Familia sătească altădată și astăzi*. –București: Ceres, 1977.

- familia este sursa proceselor demografice care, din punct de vedere cantitativ, determină reproducerea și dezvoltarea forței de muncă și a masei de consumatori;

- familia exercită, prin intermediul socializării interne, o influență puternică, din punct de vedere calitativ, asupra nivelului de dezvoltare fizică, intelectuală și morală a copiilor și tinerilor, făcând ca noile generații să fie mai bune, egale sau mai rele decât generațiile precedente;

- familia este unul dintre principalii factori care asigură menținerea identității culturale naționale etc.

Pe de altă parte, societatea, la rândul ei, influențează, direct sau indirect, forma familiei, dimensiunile acesteia, relațiile dintre parteneri și pe cele dintre generații. Astfel:

- schimbarea relațiilor de proprietate și a organizării economice a societății determină schimbări în funcțiile familiei;

- preluarea de către societate a unor funcții familiale, tradiționale, favorizează creșterea importanței relațiilor socio-afective dintre parteneri și generează noi modele familiale;

- mobilitatea socială și profesională dintr-o anumită societate este asociată și cu mobilitatea modelelor familiale și a ideologiilor familiale;

- politicile familiei pot acționa, direct sau indirect, asupra modelelor familiale, asupra dimensiunii familiei și pot favoriza menținerea sau expansiunea modelelor familiale dezirabile din punctul de vedere al societății globale etc.

În concluzie putem spune că înaintarea omenirii pe treptele progresului socioeconomic și cultural a fost însoțită atât de crearea condițiilor favorabile pentru dezvoltarea familiei, cât și de apariția unui șir de contradicții, greutăți ce afectează stabilitatea ei, probleme sociale extrem de dificile pentru majoritatea

societăților. Transformările pe care le suportă instituția familiei în prezent au stimulat semnificativ studierea ei sub cele mai diverse aspecte: demografic, etnografic, juridic, psihologic, medical, antropologic, sociologic, al asistenței sociale etc. În același timp, menționăm că devin tot mai actuale investigațiile interdisciplinare și comparative, ale căror generalizări vor permite să fie dezvăluite tendințele dezvoltării și perspectivele instituției familiei, să fie întreprinși pași importanți pe calea adoptării politicilor familiale eficiente.

5.5. Probleme ale familiei și implicații ale asistentului social în depășirea lor

Familia se confruntă astăzi cu o multitudine de probleme, acestea fiind rezultatul interacțiunii dintre membrii familiei și/sau dintre familie și mediul social în care ea funcționează. După cum menționează M.Miclea în lucrarea *Psihologia cognitivă* (Cluj-Napoca, 1994) o problemă apare atunci când există: 1) o stare inițială a individului și mediului; 2) o stare scop diferită de cea inițială; 3) constatarea din partea individului că există posibilități de atingere a stării dorite, că se întrezăresc soluții de rezolvare.

Diversitatea problemelor cu care se confruntă familia contemporană poate fi clasificată în următoarele grupe:

- probleme socioeconomice;
- probleme sociale de viață/trai;
- probleme psihosociale;
- probleme de planificare familială;
- probleme de stabilitate a familiei;
- probleme de educație familială;
- probleme specifice familiilor din „grupul de risc”.

Problemele socioeconomice includ problemele ce țin de nivelul de viață a familiei, de bugetul ei (inclusiv consumul mediu), coșul minim de existență, de ponderea în structura societății a familiilor sărace și aflate sub nivelul sărăciei, de necesitățile specifice ale familiilor cu mulți copii și ale familiilor tinere, de sistemul statal de protecție socială (ajutor material). Ajutorarea familiilor ce se confruntă cu probleme social-economice rămâne și în continuare o sarcină actuală a asistenței sociale. Totodată, practica demonstrează că ajutorul material/financiar universal, nediferențiat, conduce adesea la formarea unui segment de populație dependent de aceste ajutoare, dezvoltarea unei culturi a sărăciei. Mult mai eficientă este o altă atitudine față de aceste familii sau persoane, care presupune implicarea lor în orice activități de muncă.

La *problemele sociale de viață / trai* se atribuie problemele legate de asigurarea familiei cu locuință, de condițiile de trai, de bugetul de consum, de asemenea și de ponderea, în structura societății, a familiilor slab asigurate, cu greutăți materiale, cu mulți copii etc.

Problemele psihosociale includ cel mai larg spectru de probleme: cunoașterea și alegerea partenerului, adaptarea la relațiile de familie, coordonarea rolurilor în familie, compatibilitatea conjugală, conflictele familiale, solidaritatea familială etc. O atenție deosebită se cere a fi acordată persoanelor cu dispoziții suicidale, predispuse la violență, alcoolism, narcomanie și toxicomanie.

Problemele de planificare familială țin de mijloacele de control al fertilității, dintre care cel mai utilizate sunt: contraceptivele, avortul, sterilizarea voluntară. Pentru a face o alegere corectă în acest domeniu se simte nevoia îmbunătățirii informării publice despre posibilitățile și riscurile, pe care aceste mijloace le

prezintă, dezvoltării serviciilor de educare a familiilor, în special, a tinerilor.

Problematica stabilității familiei ține de starea și dinamica divorțurilor, cauzelor lor, de valorile familiale, de satisfacția partenerilor de mariaj etc. În cercul dat de probleme intră, de asemenea, starea, dinamica și factorii natalității etc., starea planificării familiale etc.

Instabilitatea familiei se exprimă în primul rând prin creșterea numărului de divorțuri și micșorarea numărului de copii reveniți la o familie. În prezent, în majoritatea țărilor dezvoltate se evidențiază tot mai mult tendința de trecere de la familia cu puțini copii la familia cu un singur copil, ceea ce ține de un șir de factori sociali. Această tendință este caracteristică și pentru un șir de țări cu dezvoltare moderată, inclusiv pentru Republica Moldova, unde printre factorii determinanți se numără și responsabilitatea slabă din partea statului față de problema în cauză, manifestată prin neputința de a crea locuri de muncă bine plătite, de a asigura tinerele familii cu locuințe, de a le stimula prin diverse facilități, înlesniri etc.

Un fenomen îngrijorător este, în contextul celor expuse, creșterea, pe fonul natalității în diminuare, a numărului de copii născuți în afara căsătoriei. În Republica Moldova, astăzi fiecare al patrulea copil este născut în afara căsătoriei. Acest fenomen poate fi interpretat diferit: ca diminuare a normelor morale și atitudine permisivă din partea societății față de astfel de relații, dar, de asemenea, și ca o tendință de minimizare în condițiile crizei socioeconomice a rolului familiei ca instituție socială. Femeile ce nasc copii în afara căsătoriei aparțin adesea la categoriile de populație socialmente vulnerabile, cu venituri mici, migranți, deplasați intern, șomeri, dependenți de alcool, droguri etc. Tot mai frecvente devin cazurile mamelor minore, ceea ce denotă nivelul intelectual redus al acestora, a dependenței de alcool etc.

Copiii născuți în afara căsătoriei au, de regulă, o sănătate precară, devenind cel mai des beneficiari ai serviciilor de asistență socială.

Problemele de educație familială se referă la rolul părinților, starea copilului în familie, modalitățile de educare a copiilor, erorile comise în acest proces, valorile cultivate prin socializarea primară etc., toate acestea fiind intercalate cu problemele psihosociale și cele ale stabilității familiei.

Problemele familiilor din „grupul de risc” se referă la situațiile sau dificultățile care limitează temporar sau definitiv capacitatea familiei de a-și îndeplini funcțiile și responsabilitățile ce îi revin. Situațiile de risc sunt complexe, diverse și în dependență de mulți parametri, precum: vârsta, sexul, apartenența culturală, mediul de proveniență etc. Ele pot fi generate de factori de natură socioeconomică, medico-sanitară, sociodemografică, sociopsihologică, criminală etc. **Printre cei mai importanți factori de risc** care afectează astăzi viața familiei sub cele mai diverse aspecte, inclusiv în Republica Moldova, putem numi:

- *Deteriorarea severă a standardului de viață al mării majorității a familiilor și, în mod special, a familiilor cu copii.* Un risc sporit revine familiilor cu 3 și mai mulți copii, familiilor monoparentale și familiilor despărțite prin divorț legal sau migrațiune.

- *Dificultăți în constituirea și menținerea familiei.* Construirea familiilor este stopată de dificultățile economice ale tranziției și dezvoltarea situațiilor de extremă – căsătorii foarte timpurii sau căsătorii foarte târzii.

- *Deteriorarea rapidă a valorilor familiei.* Tradițional, familia a avut un loc central în sistemul de valori. Ea a constituit o sursă importantă de rezistență a colectivității asumate față de

familie. Astăzi sesizăm scăderea coeziunii, reducerea responsabilității asumate față de familie.

- *Lipsa de responsabilitate față de nașterea, creșterea și respectarea drepturilor copilului.* Preponderent în segmentele populației atinse de o sărăcie severă se manifestă procese de dezagregare socială: creșterea numărului de nașteri în afara căsătoriei, creșterea numărului de copii abandonați, cazurile de copii neglijați, abuzați, exploatați economic, copii în conflict cu legea, copiii străzii, copii cu dizabilități și risc sporit de abandon, încălcarea frecventă a drepturilor copiilor etc.

- *Scăderea coeziunii și riscul legat de menținerea familiei.* Dispariția bruscă a resurselor financiare a impulsionat procesul de migrație a populației pentru a dobândi venituri. Membrii familiei se despart pentru perioade foarte lungi, ceea ce condiționează practicarea prostituției, sporirea ratei divorțurilor, creșterea numărului de copii lăsați în îngrijirea bătrânilor, vecinilor, a numărului de copii aflați în situații de risc sau dificultate.

- *Probleme legate de sănătatea reproducerii.* Explozia bolilor sexual transmisibile, a nașterilor nedorite, avorturilor este o cauză a deteriorării sănătății reproducerii.

- *Degradarea stării de sănătate a mamei și a copilului.* Degradarea condițiilor economice și lipsa unor servicii de asistență socială și medicale de calitate au condiționat incidența unei game largi de boli la femei, a creșterii morbidității la copii, inclusiv riscul de handicap. Subnutriția mamei și a copilului a devenit un fenomen îngrijorător.

- *Patologii grave ale vieții de familie.* Criza social-economică a condiționat creșterea tensiunilor și conflictualității în multe familii, a numărului de familii dependente de alcool și drog.

• *Creșterea rapidă a mortalității masculine produce dezagregarea tragică a multor familii.* Multe familii cu copii rămân fără sprijinul tatălui. Scad, în consecință, resursele economice și sociale.

• *Creșterea divorțialității,* mai ales în situația familiilor cu copii, plasează, adesea, mama singură în situații disperate. De regulă, datele sugerează că copiii din familiile incomplete sunt cei mai vulnerabili la riscul abandonului, neglijării, abuzului fizic, sexual, financiar, comportamente deviante și delincvente¹.

Toți acești factori conduc la destrămarea familiilor, la creșterea numărului de copii fără îngrijire părintească, fără loc de trai, mijloace de existență, a copiilor supuși diverselor forme de violență. Or, o politică de prevenire a riscurilor și de contracarare la timp a deteriorării situației familiei este de natură a fortifica familia, a reduce vulnerabilitatea ei în toate celelalte arii. Un rol deosebit revine, în acest context, asistentului social care prestează servicii sociale familiilor marcate în special de următoarele dificultăți/probleme:

- venituri joase;
- starea precară a sănătății unui membru al familiei;
- incapacitatea de a depăși greutățile uzuale;
- frica de a pierde locul de muncă;
- condiții proaste de trai;
- incapacitatea de a asigura copiilor studii bune;
- dependențe (alcoolism, narcomanie etc.);
- relații conflictuale în familie;
- competențe parentale reduse etc.

¹ A se vedea: Pop L.M. (coord.). *Dicționar de politici sociale*, p.655-658.

Concomitent, activitățile de fortificare familială impun necesitatea unei bune cunoașteri de către asistentul social a categoriilor de *copii aflați în dificultate*, din care fac parte copiii:

- cu dizabilități;
- cu insuficiență în dezvoltarea fizică și psihică;
- victime ale abuzului;
- victime ale conflictelor armate și interetnice;
- victime ale catastrofelor ecologice și tehnologice, cataclismelor naturale;
- din familii sărace;
- aflați în îngrijire rezidențială;
- aflați în detenție, educați în instituții de corecție pentru minori;
- rămași fără îngrijire părintească etc.

Cele menționate ne permit să observăm că multiple probleme și crize de familie se datorează unor factori obiectivi, care nu depind de voința familiei, individului. De exemplu, starea de șomaj este condiționată, de regulă, de modificările structurale ale economiei. Dar există și un șir de factori intrafamiliali care generează cele mai diverse probleme. Important este ca asistentul social să țină cont de faptul că fiecare familie își are problemele ei specifice, să stabilească cauzele acestora, să selecteze metodele de intervenție în dependență de tipul problemelor.

Astăzi există foarte multe familii care au nevoie de ajutor și suport pentru a-și îndeplini în întregime funcțiile prescrise de societate (familii incomplete, monoparentale, care educă copii cu dizabilități, familii reorganizate, adoptive, cu statut de tutelă, familii ale refugiaților, migrantilor, militarilor etc.). Asistența socială, în toate aceste cazuri, va fi orientată spre consolidarea și dezvoltarea relațiilor familiale pozitive, reabilitarea resurselor

interne, stabilizarea rezultatelor obținute în îmbunătățirea situației materiale, în realizarea potențialului socializator. Reieșind din acestea, asistentul social este chemat să îndeplinească următoarele funcții:

- diagnostică/de evaluare (de studiere a particularităților familiei, de evidențiere a potențialului ei);
- de protecție (suportul juridic, asigurarea garanțiilor sociale, crearea condițiilor pentru realizarea drepturilor și libertăților sale);
- organizațional-comunicativă (organizarea procesului de comunicare, stabilirea contactelor, inițierea activităților comune, odihnei în comun etc.);
- socio-psihipedagogică (înzestrarea membrilor familiei cu cunoștințe psihipedagogice, oferirea ajutorului psihologic de urgență, suportul preventiv și patronajul);
- de prognozare (modelarea situațiilor de depășire a dificultăților, elaborarea programelor de suport adresat);
- de coordonare (stabilirea și menținerea parteneriatelor, unirea eforturilor departamentelor preocupate de ajutorul familiilor, a centrelor de reabilitare, a asistenților sociali, a serviciilor sociale etc.)¹.

Conținutul concret al asistenței sociale a familiei în fiecare caz aparte este condiționat de particularitățile ei individuale: structură, situație materială, caracterul relațiilor interne, specificul problemelor, gradul lor de acutizare etc. Activitățile desfășurate de asistentul social în lucrul cu familia vor deriva din necesitățile familiei, în general, sau ale unui membru al familiei, în particular. Dintr-o perspectivă generală, putem evidenția trei direcții principale ale asistenței sociale a familiei.

¹ A se vedea: *Основы социальной работы* (отв. ред. Н.Ф.Басов), p.61.

1. **Evaluarea / diagnosticarea** care presupune colectarea și analiza informațiilor despre familie și membrii ei, identificarea problemelor cu care se confruntă familia la moment. Evaluarea trebuie să fie axată pe următoarele principii:

- obiectivitate, complementaritate – verificarea informațiilor prin surse diferite;
- centrarea pe beneficiar (atitudinea față de problemă, în corespundere cu interesele beneficiarilor);
- confidențialitate;
- metode și tehnici adecvate de evaluare;
- respectarea dreptului beneficiarului de neamestec în viața personală.

Pentru evaluarea/diagnosticarea situației familiei pot fi administrate astfel de metode, precum: observarea, convorbirea, ancheta socială, metoda biografică, analiza documentației ce reflectă trecutul și prezentul membrilor familiei precum și reprezentările despre viitor etc. În baza datelor obținute se construiește harta socială a familiei care include informații despre membrii ei, vârsta lor, studii, locul de muncă al părinților, veniturile familiei, starea sănătății, condițiile de trai, problemele interpersonale din cadrul familiei. În rezultat, se poate stabili tipul și gradul de risc. În această hartă e de dorit să se prognozeze dezvoltarea economică a familiei, să fie propus tipul de ajutor (de urgență, de consolidare, de prevenire).

2. **Reabilitarea** – reprezintă un sistem de măsuri prin intermediul cărora poate fi restabilită bunăstarea pierdută în relațiile familiale sau să fie formate altele noi. În scopul reabilitării familiei și membrilor ei, după cum demonstrează experiența mondială, sunt create instituții de deservire a familiei, centre teritoriale, aziluri, centre socio-psihomedicale și de criză etc. Conținutul

activității lor este orientat spre oferirea celor mai diverse forme de suport/ajutor (juridic, medical, psihologic, social) pentru a menține sau a spori resursele familiei, a reorienta membrii familiei spre alte valori, a le schimba determinările, dispozițiile.

3. **Prevenția / profilaxia** – include un complex de măsuri preventive ce condiționează funcționarea integră a familiei și previne apariția posibilelor probleme. O modalitate de profilaxie o constituie elaborarea programelor speciale de informare, instruire, iluminare în ceea ce privește regularea relațiilor reciproce din cadrul familiei, crearea condițiilor ce ar permite să fie satisfăcute în măsură deplină necesitățile fizice, emoționale, intelectuale ale copilului.

Modelele puse la baza acestor programe depășesc hotarele simplei educații a părinților. Ele orientează adulții spre lărgirea independenței în soluționarea problemelor ce pot apărea în relațiile cu diferiți oameni, spre o conduită selectivă, în dependență de situația creată. Specialiștii în domeniu propun să fie administrate câteva din aceste modele, considerate mai eficiente:

- *Modelul stabilit de Alfred Adler* – este axat pe schimbarea conștientă, cu un anumit scop, a conduitei părinților și altor membri ai familiei, ținându-se cont de principiile respectului reciproc, unirii, colaborării, egalității. Scopul constă în a-i învăța pe părinți să respecte unicitatea copilului, să-i recunoască individualitatea, să-i asigure inviolabilitatea, să-i înțeleagă motivele faptei/acțiunii săvârșite.

- *Modelul teoretico-instructiv* propus de *Berres Frederik Skinner* – are ca obiectiv să învețe părinții cum să țină în vizer conduita copiilor lor, să le formeze abilități de analiză și de reglementare a acesteia.

- *Modelul comunicării senzitive* înaintat de *Thomas Gordon* – orientează părinții la dialog cu copiii, tinde să formeze

abilități de ascultare activă, de a se conduce de directiva „*ambii au dreptate*”, de a da copilului posibilitatea de a-și spune părerea proprie.

- *Modelul* evidențiat de *Muriel James* și *Dorothy Jongeward* – este axat pe analiza tranzacțională, pe recunoașterea faptului că omul poate reacționa și acționa în mod diferit: ca copil, ca părinte, ca matur. Capacitatea de a înțelege acest lucru va ajuta membrii familiei să-și reguleze relațiile dintre ei cu ajutorul cedărilor, compromisurilor, căderii de acord¹.

Informarea părinților și a altor membri ai familiei, ca element de profilaxie/prevenție, se poate realiza și în procesul trainingurilor orientate spre dezvoltarea competențelor comunicative, formarea capacităților de depășire a greutăților, regulare a relațiilor intrafamiliale etc.

Asistentul social va selecta modelele, metodele de lucru cu familia în dependență de specificul problemei apărute, de sistemul de valori, normele stabilite în fiecare familie, relațiile care vizează interacțiunea dintre membrii ei. Or, practicienii asistenței sociale își vor axa activitatea pe o cunoaștere concretă a fiecărei familii în parte.

Întrebări de recapitulare

1. Definiți conceptul familiei.

¹ A se vedea: Adler A., Brett C. *What Life Could Mean to You*. –Hazelden Publishing & Educational Services, 1998; Skinner B.F. *Science and human behavior*. –New York, 1953; Gordon T. *Parent Effectiveness Training: The Proven Program for Raising Responsible Children (Paperback)*. –Three Rivers Pr., 2000; James M., Jongeward D. *Born to Win: Transactional Analysis With Gestalt Experiments*. –Perseus Books Group, 1996.

2. Ce funcții îndeplinește familia în societate și care sunt schimbările suportate la etapa actuală?
3. Care sunt tipurile de familie dominante în societatea contemporană?
4. Identificați și analizați tendințele majore în evoluția comportamentelor familiale.
5. Ce stiluri alternative de viață familială cunoașteți și cum influențează ele statutul familiei în societate?
6. Caracterizați principalele probleme cu care se confruntă familia contemporană și particularitățile suportului de care are nevoie.
7. Numiți factorii bunăstării familiale.
8. În ce condiții familia devine beneficiar al asistenței sociale?
9. Identificați direcțiile principale ale asistenței sociale a familiei și metodele pe care sunt axate acestea.
10. Dezvăluți principalele funcții ale asistentului social în lucrul cu familia.
11. Ce statut deține familia în societatea moldovenească?
12. Analizați actele normativ-juridice în conformitate cu care se realizează asistența socială a familiei în Republica Moldova.
13. Elucidați principalele strategii de protecție a familiei în Republica Moldova.
14. Caracterizați serviciile sociale destinate familiei în Republica Moldova.

Bibliografie selectivă

1. Adler, A., Brett C. *What Life Could Mean to You*. –Hazelden Publishing & Educational Services, 1998.
2. Albu A., Albu C., Petcu I. *Asistența în familie a persoanei cu deficiență funcțională*. –Iași, 2001.
3. *Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova*. –Chișinău, 2008.
4. *Asistența socială. Studii și aplicații*. –Iași, 2005.
5. Banciu M. *Dreptul familiei*. –Cluj-Napoca, 1998.

6. Bell W. *Contemporary social welfare*. –New York: Macmillan Publishing Co., Inc., 1983.
7. Berndt Th.J. *Child Development Halt*. –Rinehart and Winston Inc., 1992.
8. Bowlby J. *Attachment and Loss* (Vol. 1,2,3). –London: Hogarth Press, 1969, 1973, 1980.
9. Brandon M., Schofield G., Trinder L. *Social work with children*. –Macmillan Press LTD, 1998.
10. Bulgaru M., Dilion M. *Concepte fundamentale ale asistenței sociale*. –Chișinău, 2000.
11. Buzducea D. *Aspecte contemporane în asistența socială*. –Iași: Polirom, 2005.
12. Ciupercă C. *Cuplul modern. Între emancipare și disoluție*. –Alexandria: Editura TIPOALEX, 2000.
13. Cloke C., Davies M. *Participation and Empowerment in Child Protection*. –London: Pitman, 1995.
14. *Codul familiei* // Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr.47-48 din 26.04.2001.
15. *Convenția cu privire la drepturile copilului adoptată de ONU la 20 noiembrie 1989*.
16. Cooper D., Ball D. *Abuzul asupra copilului*. –București, 1993.
17. Coser, Rose Zaub. *The Family: Its structure and Functions*. –New York: St'Martin's Press, 1974.
18. Coulshed V. *Practica asistenței sociale*. –București: Alternative, 1993.
19. *Culegere de acte normative în domeniul protecției drepturilor copilului și familiei*. –Chișinău: UNICEF Moldova, 2007.
20. Davies M. *The Essential Social Worker: A Guide to Positive Practice. Community CARE Practice Handbook*. –London: Wildwood House, 1991.
21. Erikson H. *Childhood and Society*. –Norton, 1963.
22. Gambrill E. *Social Work Practice. A Critical Thinker's Guide*. –New York, Oxford, 1997.
23. Gordon T. *Parent Effectiveness Training: The Proven Program for Raising Responsible Children*. - Three Rivers Pr., 2000.
24. Hantrais L., Letablier M.-T. *Families and Family Policies in Europe*. –LONGMAN London and New York, 1996.

25. Hartman A., Laird J. *Family-centered social practice*. –London, 1983.
26. Iluț P. *Familia – cunoaștere și asistență*. –Cluj-Napoca, 1995.
27. Iluț P. *Abordarea calitativă a socioumanului*. –Iași, 1997.
28. Iluț P. *Psihosociologia și antropologia familiei*. –Iași, 2005.
29. Irimescu G. *Asistența socială a familiei și copilului*. –Iași, 2003.
30. James M., Jongeward D. *Born to Win: Transactional Analysis With Gestalt Experiments*. –Perseus Books Group, 1996.
31. Johnson L.C. *Social Work Practice*. –Boston: Allyn, Bacon, 1983.
32. Killen K. *Copilul maltratat*. –Timișoara, 1998.
33. Mănoiu F., Epureanu V. *Asistența socială în România*. –București: ALL, 1996.
34. Miftode V. (coord.). *Populații vulnerabile și fenomene de automarginalizare*. –Iași, 2002.
35. Mihăilescu I. *Familia în societățile europene*. –București, 1999.
36. Minuchin S. *Families of the slums*. –New York: Basic Books, 1967.
37. Mitrofan I. (coord.). *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane*. –Iași, 2003.
38. Molnar M. *Sărăcia și protecția socială*. –București: Editura Fundației România de mâine, 1999.
39. Muntean A. *Familii și copii în dificultate. Note de curs*. –Timișoara, 2001.
40. Pecora P.J., Whittaker J.K., Maluccio A.N. *The Child welfare challenge*. –New York, 1992.
41. Pop L. (coord.). *Dicționar de politici sociale*. –București, 2002.
42. Radu I. *Psihologie socială*. –Cluj-Napoca, 1994.
43. Roth–Szamosközi M. *Protecția copilului – dileme, concepții și metode*. –Cluj-Napoca, 1999.
44. Skinner B.F. *Science and human behavior*. –New York, 1953.
45. Spânu M. *Introducere în asistența socială a familiei și protecția copilului*. –Chișinău, 1998.
46. Stahl H., Matei I. *Manual de Prevederi și Asistență Socială*. –București, 1962.
47. Stahl H.H. *Familia sătească altădată și astăzi*. –București, 1977.
48. Stănoiu A., Voinea M. *Sociologia familiei*. –București, 1983.

49. Tutty L.M., Rothery M.A., Grinnell R.M. *Cercetarea calitativă în asistența socială*. –Iași, 2005.
50. Voinea M. *Sociologia familiei*. –București, 1993.
51. Zamfir E., Zamfir C. (coord.). *Politici sociale. România în context european*. –București, 1995.
52. Zamfir E. *Psihologie socială. Texte alese*. –Iași, 1997.
53. Zamfir C., Stănescu S. (coord.). *Enciclopedia dezvoltării sociale*. –Iași: Polirom, 2007.
54. Бочкарева Г.В. *Педагогика социальной работы*. –Москва, 1995.
55. Ковалев В.Н. *Социология социальной сферы*. –Москва, 1992.
56. Лодкина Т.В. *Социальная педагогика. Защита семьи и детства*. –Москва, 2007.
57. *Методология социальной работы*. –Москва, 1994.
58. Нартов Н., Бельский В. *Социология*. –Москва, 2005.
59. *Основы социальной работы* (отв. ред. Н.Ф.Басов). – Москва, 2004.
60. *Основы социальной работы* (отв. ред. П.Д.Павленок). –Москва, 1997.
61. *Основы теории и практики социальной работы*. –Барнаул, 1994.
62. Раттер М. *Помощь трудным детям*. –Москва, 1987.
63. Сапс М., Уэллс К. *Опыт социальной работы. Введение в профессию*. –Москва, 1994.
64. *Семья на пороге третьего тысячелетия* (отв. ред. А.И.Антонов и М.С.Мацковский). –Москва, 1995.
65. *Социальная защита семьи и детей*. –Москва, 1992.
66. *Социальная работа в системе Человек – Общество – Культура*. –Саратов, 1994.
67. *Социальная работа с семьей в системе местного самоуправления*. –Москва, 2000.
68. *Социальная работа*. –Москва, 1992-1994.
69. *Теория и методика социальной работы* (в 2-х томах). –Москва, 1994.
70. *Теория и практика социальной работы: проблемы, прогнозы, технологии*. –Москва: РГСИ, 1992.
71. *Теория социальной работы* (в 2-х томах). –Москва: Союз, 1994.

72. *Теория социальной работы* (отв. ред. Е.И.Холостова). –Москва, 1998.
73. Горохтий В.С. *Психология социальной работы с семьей*. –Москва, 1996.
74. Фирсов М.В. *Технология социальной работы*. –Москва, 2007.
75. Холостова Е.И. *Социальная работа с семьей*. –Москва, 2007.
76. Шеяг Т.В. *Семья и социальная работа*. –Москва, 1999.
77. *Энциклопедия социальной работы* (в 3-х томах). –Москва: Центр общечеловеческих ценностей, 1993-1994.

Capitolul VI

METODE ȘI TEHNICI APLICATE DE ASISTENTUL SOCIAL ÎN LUCRUL CU FAMILIA

Asistența socială a familiei ține de un șir de probleme: conflicte între soți, între părinți și copii, conlucrarea cu școala, copii cu dizabilități, situația persoanelor în etate, dependența de drog și alcool, persoane infectate cu HIV/SIDA, sănătatea psihică etc. Conținutul metodelor aplicate de către asistentul social în lucrul cu familia este condiționat în fiecare caz de particularitățile individuale ale ei, de specificul problemelor cu care se confruntă, gradul de vulnerabilitate, starea materială, caracterul relațiilor intrafamiliale. În cele ce urmează vom expune esența câtorva metode utilizate pe larg, de rând cu alte domenii, și în asistența socială a familiei.

6.1. Observația

Observația reprezintă o metodă primă și fundamentală în cunoașterea realității înconjurătoare. În viața de zi cu zi oamenii observă, fac comparații și își organizează activitățile în funcție de aceste informații. Observațiile noastre alimentează analiza sistematică, teoretică. Ca metodă de investigare **observația înseamnă percepția prestabilită și orientată, ce are ca scop examinarea proprietăților și relațiilor esențiale ale obiectului cunoașterii.**

Observația constă în cercetarea caracterelor distincte ale unui lucru și, în această calitate, este primul moment al oricărei cunoașteri științifice. Conform opiniei lui F.Bacon și J.S.Mill, al doilea moment este „ipoteza”, prin care trecem de la observarea

„faptelor” la enunțarea „legii”, iar cel de-al treilea moment este „verificarea”.

Observația a fost aplicată mai întâi la cunoașterea lumii naturale, iar apoi și la cunoașterea fenomenelor psihice și sociale. Devenită metoda științifică de cunoaștere și acțiune, observația a început să se dezvolte în mod particular în funcție de domeniul de aplicație. Astfel, în științele naturii, care au debutat cu observații riguroase, s-a trecut mai apoi la experiment, alături de care, însă, observația ca metodă specifică continuă să fie una importantă. Dimensiunea cantitativă este cea dominantă în cazul observației din științele exacte.

În domeniul sociouman observația a fost adaptată specificului obiectului cercetat. În acest domeniu, obiectul este de fapt un subiect uman, un actor social individual sau colectiv. Spre deosebire de obiectele naturale, actorii sociali dezvoltă comportamente reactive în raport cu observatorul. Atunci când se știu observați, oamenii își modifică substanțial comportamentul, pentru a-și construi o imagine favorabilă și pentru a răspunde presupuselor așteptări ale observatorului. De aceea, cercetătorul trebuie să ia permanent în calcul caracteristica reactivă a obiectului investigat și să încerce să diminueze efectele distorsionate; el trebuie să aibă mereu în vedere deosebirea dintre comportamentul „vizibil” și cel „invizibil”. În relația dintre subiectul cunoscător și obiect, în domeniul socioumanului, trebuie de avut în vedere de asemenea comportamentul subiectiv și selectiv al observatorului. Observatorul nu e doar un cercetător, el este în același timp o persoană marcată de afecte, sentimente, preferințe și prejudecăți. De aceea, realitatea observată de un subiect uman (fie el un om obișnuit sau un savant) nu este realitatea pur și simplu, ci o realitate „construită”, o lume pe care vrea să o vadă. Aplicată la cercetarea vieții sociale, observația, ca

metodă de investigare, constă în perceperea sistematică a atitudinilor, comportamentelor și interacțiunilor factorilor sociali, în momentul manifestării lor, conform unui plan dinainte elaborat și cu ajutorul unor tehnici specifice de investigare.

Observația nu este doar o metodă de cunoaștere științifică. Ea este, în primul rând, un mijloc de orientare a omului în mediu. Noi observăm tot timpul, suntem „condamnați” la a observa ce se întâmplă în jurul nostru. Când capacitatea observării devine o proprietate stabilă a personalității, ea formează facultatea de observație, care reprezintă o condiție necesară a eficacității activității practice și teoretice. Orice relație cu exteriorul presupune din partea subiectului uman realizarea unor observații spontane, la nivel cotidian, fără o intenție anumită. În același timp, există, în acest cadru al vieții sociale, și *observații intenționate* nesistematizate, făcute cu scopul de a înțelege un fenomen sau o situație, dar fără a face un studiu aprofundat. Este vorba atât de observațiile oamenilor obișnuiți, de genul „du-te mai întâi și vezi cum e acolo”, cât și a unor profesioniști care recurg la o documentare la fața locului.

Observația spontană are următoarele caracteristici:

- este nesistematică și fragmentară, producându-se la întâmplare, conjunctural, fără un plan dinainte stabilit și vizând aspecte disparate ale realității;
- este imprecisă, în sensul că este marcată de inexactități, de exagerări ale unor detalii în dauna întregului, ale manifestului în dauna latentului, de interpretarea necorespunzătoare a unor semne ale socialului;
- are un caracter subiectiv, determinat de predominarea afectelor, sentimentelor și prejudecăților observatorului;

- nefiind înregistrate sistematic, multe dintre datele empirice culese se pierd.

Abia atunci când observația este realizată cu scopul explicit de a culege date cu caracter științific, cu mijloace specifice și de către persoane cu pregătire specială, ea primește forma *observației științifice sau sistematice*. Spre deosebire de observația spontană, *observația științifică* se caracterizează prin:

- fundamentare teoretică, când cercetătorul realizează observația pornind de la o teorie științifică în legătură cu obiectul investigat; respectiva teorie îi orientează activitatea de observare;

- caracter sistematic și integral, vizând fenomenul în totalitatea sa. Demersul observației va fi, în acest caz, unul analitic; nici un element al realității observate nu va fi lăsat deoparte. Pornindu-se de la premisa asistenței sociale, el presupune că orice fapt poate avea semnificație socială;

- înregistrarea informațiilor și repetarea observațiilor – caracteristică ce face necesitatea codificării operațiilor și construirii unui sistem de variabile; în felul acesta, se realizează o culegere rapidă de date și se poate acumula o cantitate mare de informație.

În cadrul observației științifice distingem următoarele tipuri:

a) *Observația de explorare* este tipul de cercetare care are ca obiect o realitate socială asupra căreia nu dispunem de informații teoretice și preliminarii practice. Etnologii și antropologii sunt primii cercetători care au întreprins observații de acest tip asupra societăților arhaice, înregistrând direct aspecte și evenimente semnificative din viața populațiilor respective și oferind astfel primele informații despre ele. Practica asistenței sociale presupune apelul extrem de frecvent la o asemenea tehnică

de cunoaștere, dat fiind faptul că fiecare beneficiar și fiecare situație problematică reprezintă, în felul lor, „unicitate”. Observația de explorare este cea mai puțin sistematizată, întrucât se realizează la primul contact al cercetătorului cu fenomenul social. Complexitatea și imprevizibilitatea comportamentului individual și de grup în viața cotidiană, dificultatea de a reduce interacțiunile sociale la aspectul lor cantitativ fac ca utilizarea categoriilor analitice într-un mod precis să fie rară în acest stadiu. Acest tip de observație necesită integrarea cercetătorului în realitatea studiată, participarea lui la viața comunității, pentru a surprinde astfel aspectele esențiale. Observația exploratoare se situează la un nivel descriptiv în cunoașterea științifică (respectiv, în fazele de întâlnire și de studiu psihosocial proprii modelului medical și la etapele de reparare a problemei și de analiză a situației în modelul intervenției), marcând punctul de plecare în formularea ipotezelor pentru investigarea metodică ulterioară (respectiv pentru fazele de diagnostic psihosocial sau de analiză preliminară și operațională).

b) *Observația de diagnostic* se referă la aspecte, probleme și situații socioumane despre care există deja un volum de informație și cu privire la care se pot formula ipoteze. Etapa exploratoare fiind depășită, cercetătorul urmărește să realizeze o analiză de profunzime și să verifice ipotezele stabilite inițial. Etimologic, termenul „diagnostic” înseamnă cunoaștere adâncită (*dia* – a străbate, prin; *gnosis* – cunoaștere). El este utilizat mai ales în medicină, de unde este „exportat” și în alte domenii (inclusiv în asistența socială, spre exemplu), pentru a indica rezultatul unei investigații de profunzime asupra unei probleme. Un diagnostic științific cuprinde, în fapt, două componente: un diagnostic descriptiv (diferențial) și un diagnostic explicativ (causal, etiologic).

c) *Observația experimentală* urmărește verificarea unor ipoteze și aprofundarea cunoașterii fenomenului social vizat prin manipularea variabilelor și a factorilor procesului social în sensul construirii unui sistem controlabil de observat. Observația experimentală este utilizată, în asistența socială, cu precădere în etapa aplicării planului de intervenție, etapă în care procedeele de declanșare și susținere a proceselor de schimbare socială au frecvent caracter experimental.

d) *Observația participativă* presupune integrarea observatorului în grupul cercetat pentru o perioadă lungă de timp, perioadă în care poate observa realitatea în mod global, și nu fragmentar. Observația participativă a fost utilizată pentru prima dată de către *Bronislaw Malinowski* în antropologie, cu titlu de tehnică de investigare a societăților arhaice. Dacă însă societăților primitive le sunt străine scopurile urmărite de etnologi, cercetătorul realităților sociale moderne trebuie să prezinte cu exactitate scopurile și obiectivele cercetării, pentru a putea obține acordul comunității. Observația participativă înseamnă studierea „din interior” a unei comunități, prin participarea pe o perioadă mai lungă de timp la activitățile ei, fără a avea o schemă prestabilită de categorii sau ipoteze specifice, aceasta fiind elaborată pe parcursul cercetării sau la sfârșitul ei.

Observația participativă presupune integrarea cercetătorului în comunitatea investigată, având drepturi și obligații aproape identice cu ale membrilor de drept ai grupului. Timpul observației participative trebuie să fie suficient de lung, pentru ca cercetătorul să cunoască destul de bine colectivitatea, și suficient de scurt, pentru a se evita identificarea lui cu interesele, aspirațiile, cu modul de viață al comunității. În acest din urmă caz s-ar vicia obiectivitatea datelor empirice culese. Totuși, în fiecare observație există și trebuie să existe un oarecare grad de subiectivitate.

Cercetătorul (asistentul social) nu poate fi întru totul neutru, imparțial, mai ales atunci când realizează o cercetare-acțiune, când vizează un obiectiv social.

Realizarea observației participative de tip socioetnologic presupune integrarea cercetătorului în viața comunității potrivit următoarelor principii:

- să respecte regulile de conviețuire și tradițiile colectivității investigate;
- să nu se izoleze de grup și să aibă un comportament normal;
- să nu lase impresia că este o autoritate și să nu joace rolul de conducător sau sfătuitor (acest rol fiind admis doar la etapa aplicării planului de intervenție, nu și la acea de analiză a situației);
- să nu șocheze prin vocabularul utilizat și cultura sa;
- să nu manifeste un interes mediu pentru ceea ce se petrece în comunitate;
- să nu fie indiscret, să nu forțeze situația de observație și să nu pară prea interesat de un aspect sau de un actor social;
- să manifeste interes egal față de toți membrii și față de toate microgrupurile existente în comunitatea respectivă, pentru a dobândi încrederea tuturor;
- să se preocupe de antrenarea unor subiecți în cercetare și să acorde o atenție specială așa-numitelor „persoane-cheie”, fără acordul cărora nu are acces la anumite informații.

Gradul de implicare a cercetătorului și raportul observației-participare pot lua diverse forme, dintre care în ultimele decenii în literatura de specialitate sunt evidențiate trei tipuri mai importante:

- cercetător ca *membru complet* al unui grup – cel care își propune să studieze atent grupul din care face parte ori se convertește ca membru deplin al respectivului grup în timpul investigației;

- cercetător ca *membru activ* – presupune o angajare fermă în activitățile principale ale grupului, o introducere în centrul lui, fără însă a se identifica complet cu scopurile, valorile și condițiile membrilor autentici;

- cercetător ca *membru periferic* – cel care interacționează strâns cu membrii grupului, participă la unele activități ale acestuia, dar nu la cele esențiale care îl definesc ca grup.

Cercetătorul se confruntă însă cu o serie de probleme referitoare la posibilitățile practice de a realiza observația îndelungată asupra unei comunități și de a se afla simultan în mai multe locuri, în miezul mai multor evenimente. Mai mult, uneori observarea directă, participativă este imposibilă: de exemplu, când asistentul social are de cercetat grupuri sociale și culturale marginalizate, în contradicție cu sociocultura majoritară (grupări de vagabonzi, narcomani etc.), sau când el nu cunoaște subcultura dată, nu-i cunoaște „codurile” etc. În aceste situații este necesară utilizarea unor observatori membri ai grupului investigat sau asistat. Aceasta este tehnica *participantului observator*/ persoanei-cheie care culege și transmite cercetătorului date cu privire la activitatea propriului grup. Participantul observator este o persoană (spre exemplu, un membru al familiei, al grupului de prieteni, al colectivului de muncă, un vecin, un agent educațional etc.), care îi cunoaște evoluțiile sociale, putându-ne furniza informații valoroase despre apariția situației problematice, despre posibilele ei cauze, precum și despre resursele ce pot fi mobilizate în scopul rezolvării acesteia. Cunoașterea motivațiilor profunde ale acțiunii sociale, precum și cunoașterea imaginilor de sine ale actorilor sociali nu este posibilă fără concursul acestora.

Reușita contribuției participanților observatori ține de:

- încrederea în cercetător (care îl asigură că datele obținute nu vor fi folosite în detrimentul grupului său);
- rolul acestora în comunitatea respectivă;
- gradul de cunoaștere (se apelează la participanții observatori atât timp cât aceștia sunt productivi, oferă informații utile, imparțiale);
- disponibilitatea și interesul lor;
- aptitudinea de a comunica ceea ce observă, ceea ce știi.

Observația participativă presupune următoarele etape:

1. *Etapa inițială* a observației care presupune mai întâi o „inspecție generală” a contextului de cercetat. Cercetătorul își propune să-și clarifice anumite întrebări generale, cum ar fi: „Ce se petrece de fapt aici?”, „Ce îi face pe oameni să se comporte astfel?” etc. De la observația de ansamblu el ajunge astfel la o *observație focalizată* pe anumite aspecte, pe o anumită categorie de probleme, subiecți.

2. După fixarea mai clară a obiectivului investigației urmează *observarea și consemnarea* minuțioasă, care cuprinde referiri la trăsăturile indivizilor, acțiunile și interacțiunile lor, aspectele de rutină și ritual, elementele tradiționale și caracteristicile instituțional-organizatorice ale locului studiat.

3. La această etapă are loc *precizarea și consolidarea categoriilor și ipotezelor*, conturate în timpul observației focalizate. *D.Silverman* numește această etapă „testarea ipotezelor”¹.

¹ A se vedea: Silverman D. *Interpreting Qualitative Data*. –London, 1993, §1.4.3.

4. La cea de a patra etapă se ajunge la genul de observație ce urmărește „saturarea teoretică a datelor”, adică la *construcția teoriilor întemeiate* ce leagă conceptele și teoriile într-un singur concept¹.

Observația participativă permite depășirea unei viziuni exterioare asupra problemei sociale și asupra populației, familiei investigate, în profitul unei analize din interior, care cuprinde dinamica realității trăite, evidențiind legătura dintre fapte direct observabile și mobilul lor subiectiv.

Utilizarea unui ghid de observație, prin care asistentul social urmărește scopul identificării naturii și structurii interacțiunilor ce se stabilesc între membrii familiei, ar putea include întrebări referitoare la:

- aprecierea raporturilor din cadrul familiei, care se va realiza în dependență de răspunsurile obținute de asistentul social la întrebări de felul: care sunt membrii familiei biologice (părinți naturali, copii naturali); care sunt membrii familiei legale, declarate prin căsătorie, divorț sau adopție ori prin ordine de plasament și îngrijire temporară; cum sunt împărțite responsabilitățile de îngrijire a copilului sau cum sunt îndeplinite sarcinile pentru supravegherea și funcționarea familiei?;

- fapte sau evenimente descrise de familie, prin care se va stabili dacă familia resimte necesitatea de a evidenția identitatea religioasă, etnică sau culturală, la fel se va stabili contextul de vecinătate în care trăiește, care sunt sursele veniturilor, unde sunt angajați membrii familiei, care este istoria divorțului,

¹ A se vedea: Iluț P. *Abordarea calitativă a socioumanului*. –Iași, 1997, p.79-85; Zamfir C., Vlăsceanu L. (coord.). *Dicționar de sociologie*, p.395-397.

abandonului, violenței și cum au afectat boala și disabilitățile funcționarea familiei;

- performarea funcțiilor familiei, care poate fi stabilită prin cunoașterea modului de funcționare a familiei ca unitate economică (venitul total, nivelul cheltuielilor), de realizare a socializării copiilor, de utilizare a metodelor de educație, de cultivare a sentimentelor de permanență, intimitate, dragoste, identitate etc.;

- determinarea granițelor subsistemelor, a regulilor și rolurilor care guvernează interacțiunile din familie;

- dezvoltarea dimensiunilor morale și etice ale familiei care se referă la astfel de valori, precum: obligația, fidelitatea, corectitudinea, sacrificiul, credințe religioase, convingeri spirituale etc.;

- modul de a lua decizii în familie;

- problemele emoționale ale familiei (predomină anxietatea, tristețea, furia sau alte emoții;

- modul de acceptare de către membrii familiei a diferenței (eliminarea altora, eliminarea sinelui, evitarea și comunica-rea directă și deschisă)¹.

6.2. Ancheta socială

Tehnologia cercetărilor în asistența socială se sprijină în măsură semnificativă pe datele și metodele cercetării sociologice. Una dintre metodele tradiționale ale sociologiei utilizate pe larg în asistența socială este ancheta. Ne vom referi inițial la câteva caracteristici de bază ale anchetei sociologice în general, ceea ce

¹ A se vedea: Spânu M. *Introducere în asistența socială a familiei și protecția copilului*. –Chișinău, 1998, p.177.

va permite să evidențiem mai clar specificul anchetei sociale, aplicate de către asistentul social în lucrul cu familia.

Ancheta sociologică este o metodă de cercetare ce încorporează tehnici, procedee și instrumente interogative de culegere a informațiilor specifice interviului și chestionarului sociologic¹. Utilizarea anchetei nu are aplicativitate universală. Ea este benefică doar în anumite situații de cercetare a problemei sociale. Specific pentru ancheta sociologică este că oamenii sunt acei care furnizează informațiile. De aici decurge și o limitare severă a aplicării anchetei sociologice, anume la acele aspecte în legătură cu care oamenii dețin informații.

O anchetă sociologică se realizează prin următoarele etape: documentarea prealabilă (studierea literaturii cu privire la problemă, un prim contact direct cu situația concretă, o vizită în teren), formularea temei; determinarea scopului, obiectivelor și ipotezelor cercetării; definirea conceptelor; operaționalizarea; cuantificarea; determinarea populației spre a fi cercetată și construirea eșantionului; stabilirea tehnicilor și a procedeeleor de anchetă (intervieware și/sau chestionare); elaborarea instrumentelor de lucru (chestionare, ghiduri de interviu, planuri de convorbire, fișe de observație, teste, scale etc.); cercetarea-pilot (testarea instrumentelor); formarea echipei de operatori, instruirea și repartizarea sarcinilor; întocmirea calendarului de desfășurare a cercetării și elaborarea măsurilor de respectare a lui; culegerea datelor (interviewarea, anchetarea); codificarea și introducerea datelor (de regulă, datele se prelucrează la calculator); verificarea și corectarea datelor; întocmirea planului (macheții) de prelucrare a datelor; prelucrarea datelor; analiza și interpretarea rezultatelor; elaborarea raportului final; stabilirea eventualelor măsuri de intervenție împreună cu beneficiarii.

¹ Zamfir C., Vlăsceanu L. (coord.). *Dicționar de sociologie*, p.35-36.

Ancheta sociologică constituie o modalitate științifică de investigare, adesea singura disponibilă, a universului subiectiv al vieții sociale – opinii, atitudini, satisfacții, aspirații, convingeri, cunoștințe, interese, calități etc. – de ordin individual și colectiv (de grup). Totodată, menționăm și faptul că în desfășurarea anchetei sociologice pot apărea și multe erori, unele datorate lipsei de cooperare din partea subiecților sau care decurg din însăși natura domeniului studiat, a relațiilor dintre opiniile, atitudinile, convingerile și comportamentele umane, care nu urmează nici pe departe un model liniar de determinare. În scopul unei mai bune cunoașteri, în aplicarea anchetei sociologice se combină modalitățile interogative cu alte metode și tehnici de cercetare, cum ar fi cele ale observației științifice, ale analizei documentelor și de conținut.

Utilizarea tehnicilor interogative de culegere a informațiilor uneori poate crea impresia că ancheta și interviul sunt identice. Desigur, dacă este vorba de anumite tehnici ale anchetei, cum ar fi, de exemplu, cele ce au o formă verbală, apoi ele se apropie de interviu. La fel și interviurile cu un număr mai mare de persoane și efectuate cu instrumente relativ rigide (repetându-se practic unele și aceleași întrebări) se apropie de anchetă. Este clar că în asemenea cazuri se pune accentul pe *ancheta verbală*, minimalizându-se importanța anchetelor realizate prin completarea chestionarului de către respondent sau de către asistentul social. În realitate, însă, între cele două metode (anchetă și interviu) există o serie de trăsături distinctive, determinate atât *de natura lor formală* (de realizare a cercetării), *de natura conținutului* problemelor studiate, cât și *de natura populației* direct investigate. Astfel:

1. *Tehnicile de realizare a anchetei sociologice au un evident caracter standardizat.* Or, ordinea și formularea

întrebărilor, precum și efectivele de persoane cărora li se adresează aceste întrebări, sunt stabilite foarte clar de la bun început și nu sunt permise decât arareori abateri de la schema de realizare a anchetei. Desfășurarea interviului depinde mai mult de modalitatea concretă de interacțiune dintre cei aflați față în față, de ceea ce răspunde și de felul cum răspunde subiectul și mai puțin de schema de investigație construită anterior.

2. *Ancheta sociologică* se folosește de *chestionar ca instrument de cercetare*, chiar și în cazul celor mai simple forme de realizare a ei. *Interviul* se poate desfășura pe baza unui *ghid de interviu*, sau chiar fără un instrument de lucru construit dinainte.

3. *Ancheta sociologică urmărește să satisfacă cerința de reprezentativitate*, în sensul statistic al termenului, *a eșantionului în raport cu o populație*. Tipurile de indivizi din eșantionul anchetat trebuie să acopere corect tipurile ce apar în populație, pe când cei din loturile intervievate posedă trăsături care, de regulă, îi particularizează vizavi de masa mare a celorlalți.

4. *Ancheta sociologică se realizează*, de regulă, *pe eșantioane mari* (de ordinul sutelor sau miilor de persoane), pe când interviului sunt supuși un număr mult mai redus de indivizi (câteva zeci de persoane sau chiar mai puține).

5. *Ancheta sociologică*, investigând un număr mare de indivizi, *nu poate urmări decât colectarea unor informații simple*. Chestionarul este standardizat, presupunând un gen de uniformizare spre o formă cât mai simplă, pentru a putea fi aplicat corect de către cât mai multe persoane cât mai multor persoane. Întrebările din chestionar se referă la aspecte din viața omului sau din mediul lui înconjurător, despre care acesta posedă informații și le poate reda fără mari dificultăți. Interviul încearcă sondarea în profunzime a universului spiritual al celor studiați. Se urmărește astfel obținerea nu a unor cunoștințe de tip „fotografie”, ci

descifrarea mecanismelor acțiunilor oamenilor, descoperirea motivațiilor, sistemului de valori la care aderă etc. Altfel spus, *ancheta sociologică este o metodă de tip extensiv, iar interviul este una de tip intensiv.*

6. Interviul este o metodă ce se folosește prin excelență *de tehnici orale*, de preferință – față în față, pe când ancheta se poate realiza și în scris, în sensul că subiectul răspunde completând chestionarul primit.

7. Dacă ancheta sociologică se realizează colectând informația de la persoane luate în *mod individual*, interviul poate îmbrăca și forma *interviului de grup*. Interviul de grup are drept scop obținerea de informații de o anumită natură (de regulă, opinii), care sunt „elaborate” într-un anumit mediu colectiv, unde interacțiunile dintre persoanele care îl compun sunt esențiale (deci, care nu ar putea fi obținute prin interviuri individuale).

8. Ancheta sociologică se realizează, de regulă, de *personalul auxiliar, operatorii de anchetă*, pe când interviul nu poate fi făcut decât de persoane calificate, care cunosc problema și obiectivele investigației. Interviul este realizat adesea de doi specialiști în domeniu (asistenți sociali), unul având ca sarcină întreținerea și stimularea discuției (în special în cazul interviului de grup), iar celălalt având ca sarcină înregistrarea reacțiilor verbale și de altă natură ale subiecților.

Ancheta sociologică face parte din cadrul metodelor cantitative, iar interviul este o metodă calitativă. Deosebirile sesizate între cele două metode sunt însă destul de flexibile și nu exclud posibilitatea trecerii de la una la alta¹.

¹ A se vedea: Rotariu T., Iluț P. *Ancheta sociologică și sondajul de opinie*. –Iași, 1997, p.49-51.

Cercetările ce se efectuează prin ancheta sociologică 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. Cât privește scopul anchetelor, el este la fel de larg. O anchetă poate fi determinată pur și simplu de necesitatea unor acțiuni administrative într-un anumit aspect al vieții publice, ori poate fi concepută pentru a studia unele relații cauzale sau pentru a arunca o lumină nouă asupra unor aspecte ale diverselor teorii în acest domeniu.

Ancheta socială utilizată în asistența socială este o metodă transversală de culegere a datelor în scopul evaluării, testării mijloacelor, cunoașterii nevoii sociale din punctul de vedere al naturii, gravității, priorităților problemelor de asistență socială ale colectivității la un moment dat, precum și pentru identificarea căilor și mijloacelor de intervenție pentru rezolvarea problemelor¹. Constituind o metodă de bază a asistentului social în lucrul cu familia, ancheta socială se realizează numai în interesul persoanei care solicită sprijin. Ancheta socială reprezintă mijlocul principal prin care se obțin informații în scopul testării mijloacelor și acordării suportului material, financiar sau a altor beneficii. Ea constituie, de asemenea, instrumentul de lucru în evaluarea situațiilor de risc și de criză pentru familie și copil, precum și actul oficial pe baza căruia beneficiarii sunt reprezentați în fața autorităților. *Ancheta socială stabilește într-un mod specific, individualizat, de la caz la caz, dacă sunt întrunite toate condițiile legale pentru acordarea unui drept de asistență socială*, cum ar fi: un drept financiar sau material de asistență socială (beneficii, masă de cantină etc.), instituirea unei măsuri de instituționalizare sau dezinstituționalizare etc.

¹ Pop L.M. (coord.). *Dicționar de politici sociale*, p.109.

Obligația întocmirii anchetei sociale este explicit enunțată în unele texte de lege, cum ar fi Legea asistenței sociale, Legea cu privire la copilul în dificultate, Legea cu privire la adopție, Legea cu privire la acordarea ajutorului social etc.

Astfel, în Legea asistenței sociale din Republica Moldova (25.12.2003) se spune că *ancheta socială* este un „act care constată situația materială și socială actuală a persoanei sau familiei, ce solicită asistență socială, și care conține date referitoare la persoană sau la membrii familiei (vârstă, ocupație, venituri), la locuință și la bunurile pe care le posedă, la problemele cu care se confruntă aceștia”.

Ancheta socială recurge la tehnica chestionarului și/sau la cea a interviului, acestea fiind însoțite de observația directă sau indirectă. Totodată, menționăm că nu există o formă standard, o rețetă exactă de efectuare a anchetelor sociale. De regulă, ele urmează un traseu propus de instituția care realizează și/sau solicită această anchetă.

Ancheta socială pe bază de chestionar poate fi realizată în două forme:

- chestionarea prin autoadministrare, în care beneficiarul completează singur formularul cu întrebări fără implicarea directă a asistentului social, ceea ce va conduce, desigur, la rezultate inexacte;
- chestionarea prin intermediul asistentului social, implicând prezența acestuia și adresarea directă a întrebărilor.

Anchetele prin administrare de chestionare presupun mai multe faze:

- faza pregătitoare, de preanchetă, este reprezentată de o culegere de date și documentare prealabilă în ceea ce privește zona și mediul din care provine subiectul, problematica ce

urmează a fi cunoscută și determinarea elementului de risc, dacă acesta există;

- faza de redactare și aplicare a chestionarului include alegerea tipului întrebărilor (închise, deschise, factuale etc.), a formei și ordinii introducerilor, astfel încât răspunsurile obținute să furnizeze un tablou cât mai complet și mai real al nevoilor sau al situației de risc a beneficiarilor;

- faza de prelucrare și interpretare a răspunsurilor constă în analiza datelor obținute și în identificarea unor posibile modalități de intervenție în corespundere cu necesitățile, dar și cu dorințele beneficiarului, în funcție de temeiul legal în care se poate subscrie cazul;

- faza de redactare a raportului final cu valoare de document legal și reprezentativitate în fața autorităților, cuprinzând concluziile anchetei și sugestiile de intervenție prin măsuri de asistență socială.

Ancheta socială prin interviu este axată pe utilizarea unui ghid de interviu cu anumite teme de discuție, pe care asistentul social le abordează cu beneficiarul, urmărind să obțină informații reale despre starea lui, dar și viziunea proprie a acestuia cu privire la viața personală, la cauzele ce au generat necesitatea anchetei sociale. În acest caz sunt deosebit de importante abilitățile de comunicare ale asistentului social, care îi vor permite să stabilească o relație de onestitate și încredere cu beneficiarul¹.

Atât ancheta socială pe bază de chestionar, cât și cea prin interviu se realizează la domiciliul beneficiarului și în prezența acestuia. Este inadmisibil ca beneficiarul să fie chemat la birou pentru a i se face ancheta socială. Ancheta socială se redactează și

¹ A se vedea: Pop L.M. (coord.). *Dicționar de politici sociale*, p.109-110; *Revista de Asistență Socială*. –București, 2002, nr.2, p.109-112.

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.

Anchetele sociale se deosebesc după *scop, obiect, conținut și sursa 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 câmpul muncii etc.

Obiectul anchetelor sociale se concentrează în explorarea 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 (totalitatea factorilor sociali și economici care influențează fiecare persoană, incluzând aici ocupația și venitul, condițiile de locuit, serviciile sociale), 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 intervievat, de la dispensarul medical, organele de poliție, vecini etc.

În asistența socială se lucrează cu probleme extrem de variate, de la cele ale dezorganizării familiale până la cele ale delincvenței și ale persoanelor cu handicap fizic, mintal și senzorial. De aceea, efectuarea anchetei sociale, analiza și interpretarea ei, precum și terapia socială stabilită nu se pot face decât de specialistul în probleme de asistență socială.

Un model de anchetă socială structurată, aplicată de asistentul social în lucrul cu familia, ar putea conține următoarele secțiuni:

1. *Date de identificare*, care includ:

- numele, prenumele, data și locul nașterii, actele de identificare (certificatul de naștere, buletinul de identitate);
- domiciliul stabil, instituția sau locul în care se găsește în prezent persoana la care se referă ancheta socială (în al cărei interes se face ancheta socială), scopul anchetei sociale, data deplasării, locul deplasării.

2. *Istoricul familiei* – 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, 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, adevăruri 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 (mobilitată sau nemobilitată);
- 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, luându-se în considerație situația constatată și măsurile ce pot fi luate conform legislației în vigoare.

În cazul unor situații complicate, ancheta socială reprezintă numai un moment dintr-o etapă a procesului de asistență socială a familiei. Demersul de resocializare, până la instaurarea unei situații de normalitate, presupune realizarea unei investigații sociale mai ample de cunoaștere a cazului, prin metode și tehnici

specifice asistenței sociale, a unei diagnoze diferențiate, funcționale etiologice a cazului, elaborarea și punerea în aplicare a unui plan de acțiune, evaluarea periodică a situației.

De importanță deosebită sunt pentru investigarea familiilor, a persoanelor în dificultate *anchetele medico-sociale*. Cu ajutorul acestor anchete se obțin informații precise despre locuința beneficiarului, 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 beneficiarul muncește, trăiește sau își petrece timpul liber, boala are șanse reduse de a se ameliora sau vindeca.

6.3. Interviuul

În prezent, metoda interviului este utilizată pe scară largă în științele socioumanistice, precum și în practica diferitelor profesii (politică, administrație, jurnalism, asistență socială etc.). Termenul „interviu” provine din limba engleză (*interview*) și semnifică întâlnirea și conversația între două sau mai multe persoane. Interviuul este o comunicare verbală, în care o persoană obține informații de la altă persoană, având ca scop principal înțelegerea și explicarea fenomenelor socioumane.

Din perspectiva cunoașterii științifice, *interviul* este un important instrument de culegere a datelor referitoare la experiența de viață a subiecților investigați și, totodată, o formă de interacțiune psihologică și socială cu influență imediată asupra comportamentului actorilor implicați. Interviuul ca metodă de investigare științifică a universului subiectivității umane se deosebește de alte forme de comunicare (dialogul, conversația,

interogatoriul)¹, precum și de alte metode de culegere a datelor, cum ar fi ancheta prin chestionar (a se vedea pct. 6.2).

În funcție de scopul și gradul de elaborare, deosebim trei tipuri de interviuri:

- *interviuri spontane*, prezente în viața de zi cu zi, neorganizate și fără intenția de a obține informații speciale;
- *interviuri deliberate, semiorganizate*, dar fără scop științific;
- *interviul științific* (sistematic), organizat și efectuat după anumite rigori, cu scopul de a obține informații cât mai autentice, destinate cunoașterii științifice.

Clasificarea interviurilor se face în dependență de mai multe criterii:

- după *genul convorbirii* (interviurile față în față, interviul prin telefon);
- după *gradul de libertate* în formularea întrebărilor de către cercetător (interviuri nestructurate sau non-standardizate, interviuri semistructurate, interviuri structurate);
- după *numărul de participanți*, de persoane interviuate (individual și de grup).

După cum menționează sociologul român P.Iluț, combinând cele trei criterii se pot obține teoretic mai multe tipuri mixte de interviuri, nu toate având însă o valabilitate practică:

- *interviul de profunzime*, utilizat mai ales în domeniul studierii motivațiilor. În acest caz, gradul de libertate este limitat de desfășurarea discuției pe o anumită temă, impusă de interviuator. Obiectivele urmărite prin acest tip de interviu sunt

¹ A se vedea: Chelcea S. *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative și calitative*, p.303-306.

diagnosticul social (și psihosocial), înțelegerea unor modele de acțiune și a unor procese psihosociale, sprijinul psihologic etc.;

- *interviul clinic*, utilizat cu precădere în psihoterapie, în psihanaliză, dar și în asistența socială. Se caracterizează printr-un grad maxim de libertate și un nivel de profunzime psihologică deosebită. Acest tip de interviu este centrat pe persoana interviuată (frământări launtrice, gânduri intime etc.), fără a avea o temă stabilită la începutul interviului. Obiectivele acestui tip de interviu sunt de cele mai multe ori psihoterapeutice¹;

- *interviul semistructurat* are un grad de libertate redus, prin impunerea unor *teme de discuție*, stabilite din timp. În acest caz, interviuatorul va pleca pe teren cu un *ghid de interviu*, dar nu cu un instrument elaborat în detaliu (chestionar). Ghidurile de interviu cunosc o mare varietate de forme, începând de la unele ce cuprind doar câteva teme mai generale, până la altele cu o listă lungă de subiecte și întrebări specifice. Acest tip de interviu este centrat pe întrebări deschise. Forma ghidului depinde și de faptul cât de cunoscută îi este cercetătorului problema și populația de investigat. Interviul semistructurat, ca și cel nestructurat, cere o pregătire fundamentală și iscusință (inteligentă, abilități empaticе, experiență etc.) din partea celui ce conduce astfel de interviuri pentru a se ajunge la date relevante;

- *interviul structurat* are un grad de libertate extrem de redus pentru ambii interlocutori, întrucât întrebările și ordinea lor sunt dinainte stabilite. De regulă, sunt date și alternativele de răspunsuri, subiectul având sarcina de a alege varianta de răspuns ce i se pare potrivită. Întrebările și răspunsurile sunt standardizate. Orice interviu total structurat (standardizat) este, în fond, aplicarea chestionarului standardizat, fiind, deci, o formă de anchetă.

¹ A se vedea: Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.301.

Însă, dacă aplicarea chestionarului se poate realiza și prin alte modalități (poștă, înmânarea textului scris direct respondentului etc.), apoi interviul structurat se realizează doar prin convorbiri față în față sau prin telefon, constituindu-se în metodă calitativă, asemenea celorlalte tipuri de interviu.

În literatura de specialitate, dedicată interviului, întâlnim și alte tipuri de interviu evidențiate în funcție de astfel de criterii, precum: *conținutul comunicării* (interviul de opinie și interviul documentar); *repetabilitatea convorbirilor* (interviuri unice și interviuri repetate/„panel”); *funcția îndeplinită în cadrul procesului de investigare* (interviuri de explorare, interviuri cu funcție principală; interviuri cu funcție complementară); *statusul sociodemografic al persoanelor interviuate* (interviuri realizate cu adulți, cu tineri sau copii)¹.

Tipurile de interviu analizate supra sunt aplicate, desigur, cu anumite specificări, adaptări, și în practica asistenței sociale.

Interviurile folosite în asistența socială pot fi clasificate în următoarele tipuri:

- a) interviul informațional;
- b) interviul de diagnostic;
- c) interviul terapeutic.

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 beneficiarul?
2. Ce decizii sunt vizate pentru a fi formulate în timp?

¹ A se vedea: Chelcea S. *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative și calitative*, p.292-297; Iluț P. *Abordarea calitativă a sociumanului*, p.86-98.

3. Sunt implicați în procesul ajutorării beneficiarului 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 beneficiarului 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?

a) Interviul informațional

Interviul informațional este desemnat să obțină materialul necesar realizării istoricului social al beneficiarului 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 beneficiarul și problemele lui. Structura interviului este următoarea:

- informații de identificare: numele, data nașterii, adresa, telefonul, ocupația, religia, naționalitatea, rasa, statutul material, înălțimea, greutatea;
- prezentarea problemei: problema prezentată de beneficiar 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 copilăriei);

- 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 beneficiarul, ce fel de ajutor a primit beneficiarul din partea acestora (dacă a fost implicat în psihoterapie);
- impresii generale: sunt prezentate impresiile asistentului social despre beneficiar 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 beneficiarului 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 au fost ei supuși sau nu abuzului fizic, sau dacă au fost privați din punct de vedere social.

c) Interviuul terapeutic

Scopul acestuia este de a sprijini beneficiarii 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 beneficiar care este într-o stare depresivă sau foarte anxios, sau prezintă tendința de suicid, poate fi sprijinit pentru a face față acestor probleme; un beneficiar 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; un soț sau o soție pot fi sprijiniți să-și ajute partenerii de viață pentru a renunța la alcool, tutun, droguri.

Indiferent de tip, *interviul include trei etape*:

- deschidere;
- conținut;
- încheiere.

Deschiderea interviului

Inițierea discuțiilor poate aparține atât beneficiarului (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 beneficiarul. De altfel, acesta este sprijinit să realizeze tranziția de la un mod de a 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 incorect;

- „Aveți o problemă?”, deoarece prin această formulare se poate sugera că asistentul social percepe beneficiarul ca un „caz de psihiatrie sau ca un caz foarte special”.

Conținutul interviului

Este absolut necesar ca asistentul social să indice beneficiarului 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. Putem discuta despre aceasta?”

Întrebările care reprezintă conținutul interviului trebuie redactate cu multă rigurozitate, deoarece prin intermediul lor se obțin informații, iar beneficiarul 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 beneficiarului. 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:

o *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 progrese credeți că ați făcut?

Ce simțiți pentru Maria?

Despre ce ați vrea să discutăm în această dimineață?

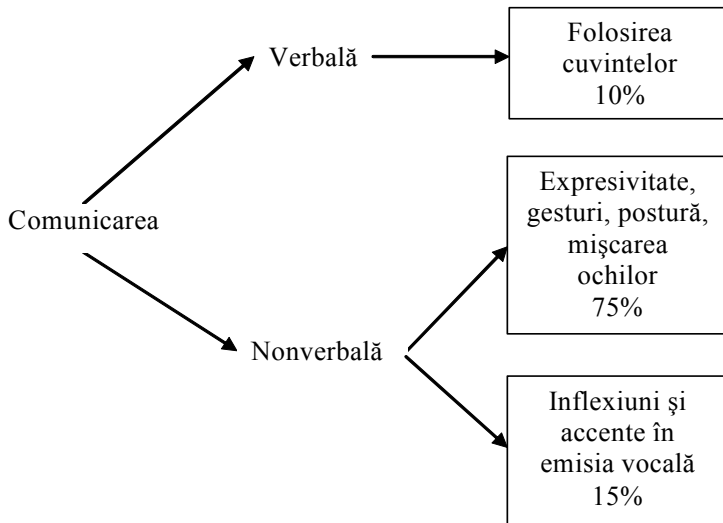


Fig. 6.1. Comunicarea în cadrul interviului.

Încheierea interviului

Această etapă este deosebit de complexă, deoarece ambele părți s-au familiarizat una cu cealaltă. De aceea, beneficiarul 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 beneficiari 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 interviuatului asupra interviului ca întreg.

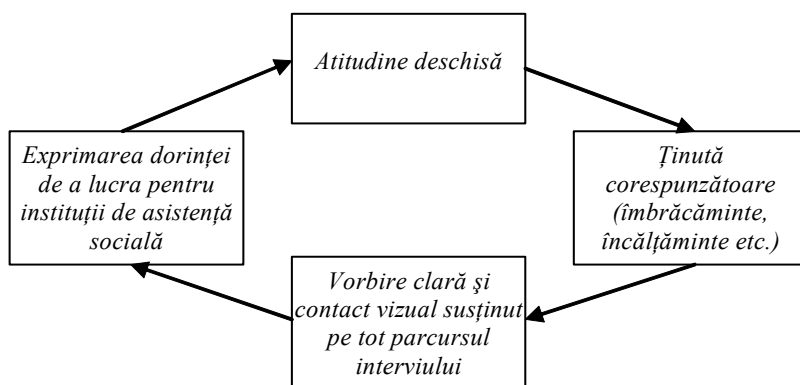


Fig. 6.2. Elemente necesare unui interviu eficient.

Strategia interviului

Pentru dezvoltarea experienței profesionale în realizarea interviului se recomandă respectarea următoarelor reguli:

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 *Figurile 6.1* și *6.2*, unde sunt sintetizate un șir de elemente necesare unui interviu eficient.

6.4. Diagnoza socială

Diagnoza socială este un act de primă importanță, întrucât ea condiționează „tratamentul” și evoluția ulterioară a individului, familiei etc. După cum am menționat în pct. 6.1, semnificația termenului „diagnostic” este cunoaștere precisă. Diagnosticul este definit ca o concluzie logică a o serie de investigații destinate înțelegerii comportamentului unei persoane sau a funcționării

unui grup (familiei)¹. Este un concept preluat din medicină și psihologie ce și-a găsit o largă aplicare și în asistența socială, primind forma de diagnoză socială.

Diagnoza socială poate fi definită ca metodă prin care se coordonează materialul adunat și se stabilește factorul viciat și cel cauzator al dependenței sociale². Diagnoza socială, ca și cea medicală, este necesară pentru stabilirea și cunoașterea tuturor simptomelor, 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.

Orice diagnostic se bazează pe trei mari principii:

- informația trebuie să fie abundentă și variată;
- informația trebuie să fie raportată la subiect, să fie privită în istoricitatea sa și în relație cu mediul acestuia;
- interpretarea cea mai probabilă va fi aceea care va explica maximum de fapte grație unui minimum de ipoteze.

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.

Programul de refacere trebuie să fie întocmit în așa fel, ca să elimine mai întâi cauza, și nu efectul. Ele se confundă adesea

¹ Larousse. *Dicționar de psihologie*. –București, 2000, p.101.

² A se vedea: Mănoiu F., Epureanu V. *Asistența socială în România*, p.101.

atât de mult, încât nu este chiar simplu de a se stabili ce a existat mai întâi – 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.

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. De exemplu, constatarea de văduvie, concubinaj, abandon sunt factori prea generali pentru ca pe această bază să putem stabili măsuri de terapie socială. În medicină se poate uneori foarte bine prescrie o anumită rețetă pentru tratarea unei 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 și condițiile sociale ale dependentului și ale persoanelor de care depind sau care depind de persoana respectivă.

Diagnoza socială trebuie să cuprindă:

- precizarea cauzei de dependență;
- indicarea factorilor cauzali de dependență;

- 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).

1. *Diagnosticul descriptiv* sau *de primă înfățișare* va cuprinde descrierea problemei și a condițiilor de viață ale familiei, diagnosticarea diferențială a problemelor de asistență socială, care se face pe calea unei „simptomatologii”, adică pe baza cunoașterii unor serii de „semne” prin care se manifestă problema. Precizia acestui tip de diagnosticare se face prin analizarea tuturor „simptomelor” 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 cauzal* va cuprinde analiza genetică a „carenței” funcționale și a efectelor ei. A constata și a descrie ce se întâmplă și cum se întâmplă nu este însă suficient pentru restabilirea stării de funcționalitate a unei familii. Este nevoie de o explicare a faptelor, de o precizare a proceselor ce au condus la apariția problemei de asistență socială, de o analiză a cauzei care face ca familia să fie carentată, 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 carență. 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 cauzal. De pildă, în cazuri de orfanaj, în lipsa părinților și a rudelor în stare să preia grija copilului se impune problema asistenței „orfanului lipsit de familie”, problemă care necesită o intervenție imediată din partea asistenței sociale din localitatea respectivă.

De cele mai multe ori nu vom avea însă de a face cu determinări cauzale simple, ci cu un complex de factori care pun familia în situația de a nu-și putea exercita funcțiile, determinând, totodată, probleme de asistență socială. În asemenea situații este necesar să se țină 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, clasificarea în ordinea ponderii lor se fac avându-se în vedere acțiunea de asistență socială, căutând adică să stabilim factorii asupra cărora putem acționa mai rapid și cu maximum de eficacitate pentru a schimba situația spre bine. În acest sens diagnosticul cauzal servește elaborării unui plan de acțiune.

Diagnoza socială cere din partea asistentului social stăpânirea perfectă a tehnicilor, o bogată experiență, o vastă cultură și multă intuiție. Actualmente, munca în echipă devine din ce în ce mai solicitată. Datorită cooperării specialiștilor din diverse domenii (psihologie, sociologie, medicină, drept etc.), erorile de diagnostic sunt eliminate, ceea ce permite, drept urmare, să fie stabilit și un „tratament” cât mai adecvat.

6.5. Istoricul social, genograma, ecomapa

Diagnoza socială se efectuează prin utilizarea unui șir de instrumente de evaluare. Un loc important printre acestea îl dețin istoricul social, genograma și ecomapa.

Istoricul social este un raport standardizat ce include informația cu privire la trecutul și funcționarea socială actuală a indivizilor și familiilor. Formatul raportului variază în funcție de cerințele contextului practicii asistenței sociale. Unele agenții utilizează schițe pentru a structura relatările narative detaliate. Altele utilizează formulare care cer comentarii scurte pentru fiecare dintre cele câteva categorii. În general, istoricul social înregistrează datele demografice și informațiile despre trecutul și evenimentele din viața persoanei sau familiei. Istoricul include informații despre: 1) sistemul beneficiar; 2) preocupările, trebuințele și problemele conexe ale beneficiarului; 3) punctele tari și limitele beneficiarului în context.

Istoricul social al familiei (sau *descrierea istoriei sociale*) este focusat pe problemele principale din domeniul comunicării, interacțiunii dintre membrii familiei, funcțiilor de rol, tulburării acestora și imposibilității de realizare în urma diverșilor factori. *L.Johnson*¹ propune următoarea schemă de sistematizare a informației despre familie:

Istoricul social al familiei

I. Informație generală:

- numele și prenumele, data nașterii, decesul membrilor familiei;
- data căsătoriei, căsătoriilor precedente;
- identitatea culturală, confesională, etnică;
- limba de comunicare în familie;
- data primei adresări la serviciul de asistență socială.

¹ A se vedea: Johnson L.C., Yanca S. *Social Work practice: A generalist approach*. –Boston, 2001.

II. Familia ca sistem:

- identificarea tuturor membrilor familiei în sistemul relațiilor familiale;
- descrierea funcționării subsistemelor (relațiile reciproce „părinți-copii”, „soț-soție”, „copil-copil” etc.);
- relațiile familiale (reguli și norme, climat psihologic, mituri familiale etc.).

III. Climatul familial:

- condițiile de viață;
- statutul socioeconomic;
- natura vecinătății;
- identificarea culturală.

IV. Funcționarea familiei:

- modele de comunicare;
- modele de luare a deciziilor;
- distribuirea rolurilor familiale;
- lucrul și gospodăria casnică;
- grija părinților față de copii;
- sistemul de ajutorare familială reciprocă;
- mecanisme acceptate de adaptare familială.

V. Dezvoltarea familiei (istoria):

- rădăcinile, influența generațiilor culturale asupra sistemului familial;
- momente importante din viața familiei;
- stadiile dezvoltării vieții de familie.

VI. Probleme și necesități ale familiei:

- determinarea motivelor familiei de a se adresa la agenție / serviciul de asistență socială;
- necesitățile individului/indivizilor ca membri ai familiei;
- necesitățile subsistemelor în cadrul familiei.

VII. Stabilirea surselor și a resurselor:

- necesitățile și problemele sistemului familial;
- necesitățile individului și influența lor asupra sistemului familial;
- așteptări și motive.

VIII. Puncte forte și limitări în procesul de determinare a necesităților familiei:

- rezultatul pe care vrea să-l obțină familia;
- scopurile, interesele și planurile familiei;
- motivația familiei pentru a primi ajutor;
- sursele familiale de realizare a schimbării;
- sistemele sociale care pot influența schimbarea;
- cât de reale sunt așteptările familiei de la procesul de schimbare;
- limitările familiei care îi pot aduce daune, prejudiciu.

Unul dintre cele mai importante instrumente, prin intermediul căruia se poate analiza și determina mai amănunțit structura relațiilor familiale, legăturilor intergeneraționale, este **genograma** (sau *genosociograma*). Genograma reprezintă vizual cronologia familiei. Ca și diagramele schematice, genograma oferă rezumate ale informațiilor despre trecutul familiei, căsătorii, decese, localizări geografice ale membrilor familiei, structura și caracteristicile demografice. Genogramele completate seamănă cu arbori genealogici, mai ales atunci când cuprind informații despre mai multe generații. Evidențind informațiile despre familie, genogramele ne ajută să înțelegem tiparele relațiilor, problemele tranziționale și schimbările din ciclul de viață. Pentru a obține informații pentru genograme, asistenții sociali le cer beneficiarilor să povestească despre întâmplări și tradiții ale familiei. Pentru a crea o perspectivă multiculturală, genogramele pot fi completate cu „povestiri despre generații, sex, apartenență la o etnie, rasă, clasă și migrare”¹. Genogramele sunt, de asemenea, utile pentru identificarea influențelor culturale multiple, pentru depistarea împletirilor de culturi diferite de-a lungul generațiilor și pentru a evidenția trecutul cultural unic al oricărei familii.

¹ McGill D.W. *The cultural story in multicultural family therapy // Families in society*, 1992, 73, p.344.

Construirea genogramei împreună cu persoane în vârstă le oferă acestora oportunitatea de a-și privi retrospectiv întreaga viață. Cu referire la asistența socială a copiilor, genogramele pot fi utilizate pentru a urmări liniile adopțiilor sau pentru a păstra evidența plasamentelor în îngrijirea asistenților parentali sau a serviciilor de scurtă durată. Genograma oferă date despre relațiile între generații și propune surse de sprijin pentru familie. Ea poate dezvălui, de asemenea, punctele forte ale familiei de-a lungul timpului, precum și excepțiile față de moștenirile familiei, considerate problematice¹.

Genograma este utilizată în mai multe profesii. În cadrul asistenței sociale sarcinile ei cele mai importante sunt cele de:

- a prezenta clar istoria familiei, evidențiind relațiile dintre membrii ei;
- a scoate la iveală rolurile familiale diverse și regulile pe care acestea sunt axate, de a arăta în ce mod este transmis în interiorul familiei scenariul de viață.

Genograma utilizează coduri ale căror descifrare ajută la exprimarea schematică a relațiilor intergeneraționale și a evenimentelor principale din viața familială cu relevanță pentru istoricul social. În *Figura 6.3* sunt aduse exemple de coduri utilizate în realizarea genogramei.

Ecomapa reprezintă un alt 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.

¹ A se vedea: Miley K.K., O'Melia M., DuBois B. *Practica asistenței sociale*, p.308-309.

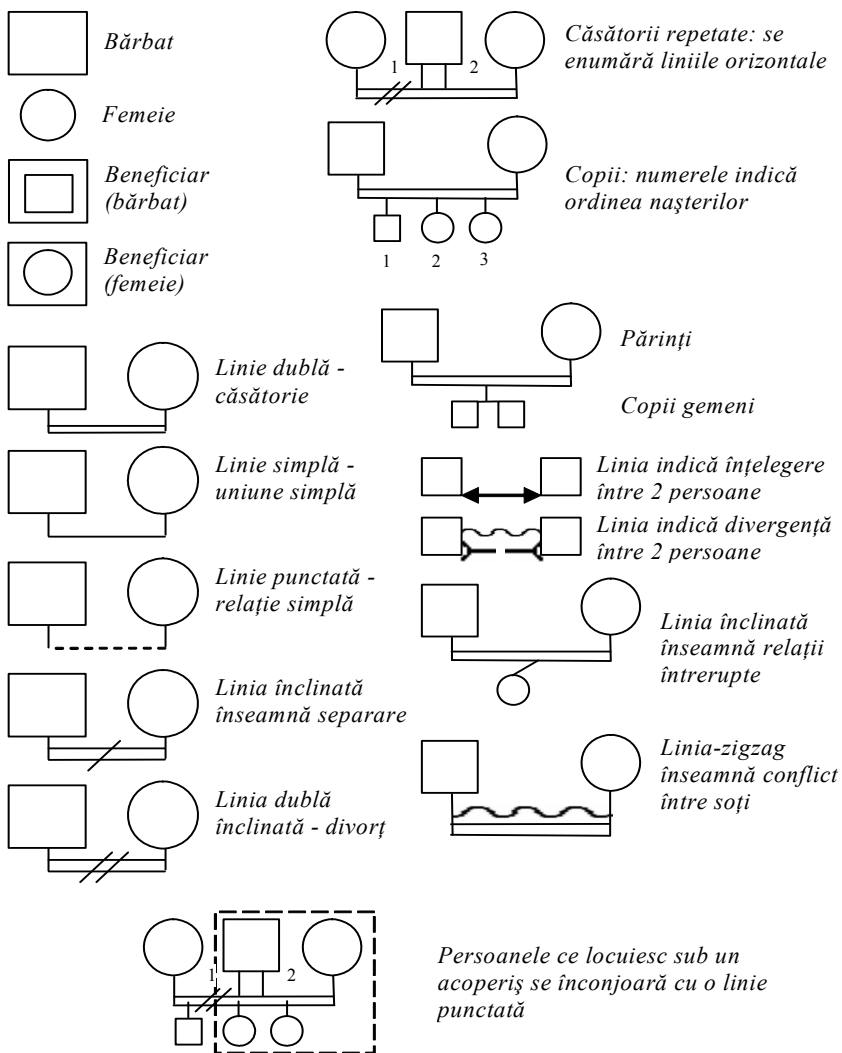


Fig. 6.3. Exemple de coduri utilizate în realizarea genogramei.

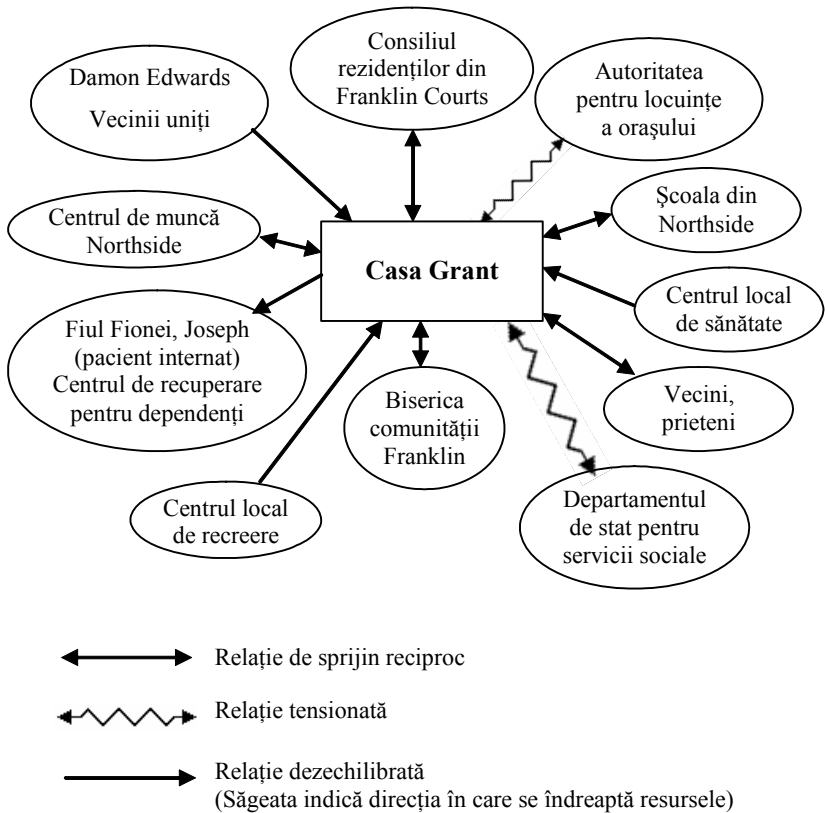


Fig. 6.4. Ecomapa Casei Fionei Grant.

Sursa: Miley K.K., O’Melia M., DuBois B. *Practica asistenței sociale*, p.310.

Ecomapa ilustrează grafic contextul ecologic al sistemului – beneficiar. Ecomapele se concentrează, de regulă, asupra sistemelor mai mari cu care beneficiarii intră în contact pentru a descrie relațiile lor cu aceste sisteme. Pentru a elabora o ecomapă, *A.Hartman* recomandă plasarea casei beneficiarului în mijlocul ei și adăugarea sistemelor cu care interacționează beneficiarii respectând parametrii hărții. Liniile care leagă sistemele ilustrează

natura relației și direcția în care circulă energia (a se vedea exemplul din *Figura 6.4*). Astfel, ecomapele oferă informații despre potențialul de resurse, constrângerile existente și posibilele noi conexiuni.

Ecomapele sunt un instrument care încurajează colaborarea în relația asistent – beneficiar, stimulează interacțiunea dintre membrii familiei. Mai mult, reprezentările vizuale accentuează informația, oferind noi perspective beneficiarilor. A.Hartman și J.Laird menționează că, de exemplu, o ecomapă plină de relații tensionate, care prezintă toate săgețile îndepărtându-se de familie, îl poate determina pe beneficiar să spună: „Nu e de mirare că mă simt epuizat – toate pleacă și nu vine nimic!”¹.

Ecomapele pot ilustra grafic schimbările prin compararea celei inițiale cu cea finală. Ecomapele demonstrează că asistenții sociali doresc să înțeleagă circumstanțele și resursele unice ale beneficiarilor, dar nu să caute defectele lor².

6.6. Metoda biografică

Metoda biografică, numită și biografie socială, reprezintă o metodă de (auto-)înregistrare a experienței de viață a individului, document personal neoficial utilizat în studierea faptelor, activităților, aspirațiilor, a universului de gândire și simțire proprii individului, dar și a condițiilor social-economice în care acesta trăiește³.

Metoda biografică este utilizată în cadrul științelor socioumanistice, în special în sociologie, antropologie, istorie,

¹ A se vedea: Hartman A., Laird J. *Family – centered social work practice*. –New York, 1983, p.185.

² A se vedea: Miley K.K., O’Melia M., DuBois B. *Practica asistenței sociale*, p.310-311.

³ Zamfir C., Vlăsceanu L. (coord.). *Dicționar de sociologie*, p.69.

psihologie socială. Utilizarea biografiei sociale în psihologie este legată de numele lui *W.J.Thomas* (profesor la Universitatea din Chicago) și a lui *F.Znaniecki*, sociolog și filosof de origine poloneză, care, prin lucrarea lor *Țăranul polonez în Europa și America* (1918-1920), au demonstrat convingător importanța documentelor personale, inclusiv a biografiei pentru studierea unor fenomene psihosociale, cum sunt cele de adaptare și integrare socioculturală, de structurare a vechilor obiceiuri și cutume, adoptarea și internalizarea unor noi norme și valori etc.

O contribuție remarcabilă la consolidarea studiilor bazate pe istorisiri de viață au adus-o reprezentanții Școlii de la Chicago, în special prin *C.Show* (1930), tradiția fiind continuată mai apoi de *H.Becker* (1961). Un loc cu totul singular prin valoarea ei de document pentru ceea ce înseamnă să trăiești într-o „cultură a mizeriei” o are lucrarea lui *O.Lewis* *The Children of Sanchez. Autobiography of Mexican Family* (1961), fiind alcătuită exclusiv din autobiografiile înregistrate pe bandă de magnetofon ale celor cinci membri ai familiei Sanchez.

În literatura românească de specialitate se impune a fi menționată contribuția prof. *T.Herseni*, care împreună cu un colectiv al secției de psihologie socială de la *Institutul de Psihologie* al Academiei Române, aplică (1965-1966) extensiv (pe 550 de lucrători industriali) și intensiv (pe două grupe de 9 și 10 persoane) biografia socială, punând în evidență „fenomene de psihologie socială, care privesc oamenii contemporani în generalitatea lor”.

Metoda biografică are o importanță deosebită și pentru cercetările din domeniul asistenței sociale prin faptul că înaintează în prim-plan relațiile de la nivelul individului, semnificațiile individuale ale subiecților umani ca actori sociali și istorici.

Or, după cum se știe, în asistența socială beneficiarul individual este elementul privilegiat.

În prezent, în literatura de specialitate se conturează două accepțiuni ale termenului „metodă biografică”:

1) înțelesul clasic, de biografie socială, adică de analiză a biografiilor individuale sau de grup, ca metodă de a descrie și explica realității și fenomene socioumane. În această ipostază, metoda biografică se prezintă în calitate de cercetare documentară, constând în selectarea și analiza unor biografii individuale sau de grup reprezentative pentru înțelegerea anumitor fenomene sociale;

2) activitățile și procedeele prin care se construiesc, se compun de către autori biografiile unor oameni obișnuiți sau ale unor personalități.

Demersul biografic vine să-l completeze pe cel cantitativ, permițând reconstrucția realității sociale prin faptul că pornește de la experiențele trăite ale oamenilor. Utilizată în științele socioumanistice în sensul ei clasic de biografie socială, metoda biografică întrunește următoarele caracteristici:

- relevă legătura strânsă între traiectoria vieții personale și mediul micro- și macrosocial (instituții sociale, schimbări politico-sociale);
- redă interacțiunile individ – grup – societate ca procese temporale, desfășurate, de regulă, pe câteva decenii;
- biografiile individuale sunt privite ca niște cazuri tipice pentru ciclul vieții sociale și familiale, precum și pentru problema generațiilor;
- în calitate de cazuri tipice, biografiile au mare valoare pentru înțelegerea „din interior” a unor fenomene sociale majore (sărăcia, delincvența, urbanizarea, migrația, „criza familiei” etc.);

• biografiile dețin un rol important atât în procesul investigației, cât și în cel al intervenției sociale, contribuind la construcția și reconstrucția identității personale și sociale¹.

Metoda biografică este o strategie de cunoaștere a experienței de viață a unei persoane și a contextului social în care aceasta se plasează, investigație bazată în esență pe relatările subiectului vizat. Principalele surse biografice sunt relatările vorbite provocate ale subiecților și documentelor scrise neprovocate (scrisori, jurnale etc.). În context menționam că în dependență de criteriul de clasificare se pot delimita mai multe *tipuri de biografii*. Astfel:

• după *modul de obținere a informației*, deosebim *biografii provocate* (când persoanele sunt rugate să-și povestească viața) și *neprovocate* (când oamenii își povestesc traiectoria vieții din proprie inițiativă);

• după *forma de exprimare*, biografiile sunt *vorbite și scrise*;

• după *numărul naratorilor*, deosebim *povestirea unică* și *povestiri cumulate* (biografii de grup);

• în funcție de *dimensiunile informației* furnizate, distingem: *povestirea biografică* (când este reconstituită istoria unei vieți complete), *povestirea tematică* (se limitează la o perioadă sau la o problemă din viața individului), *povestea editată* (redactată, modificată), atunci când în discursul subiectului sunt inserate comentarii și explicații realizate de către o altă persoană.

Metoda biografică, utilizată tot mai des în asistența socială, permite să descoperim multiple detalii din viața individului

¹ A se vedea: Iluț P. *Abordarea calitativă a socioumanului*, p.99; Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.311.

familiei, grupului pe care nu le putem cunoaște prin alte mijloace, să ne familiarizăm cu experiențele de viață personale și colective, să studiem în ce mod schimbările sociale au fost interiorizate în conștiința indivizilor. Metoda biografică este un instrument de evaluare a propriei traiectorii sociale, care contribuie la construcția unei noi percepții de sine și a celor din jur. Drept urmare se poate ajunge la o înțelegere globală a actelor individului și la dezvoltarea unor strategii de schimbare în care asistatul să devină un subiect activ¹.

6.7. Studiul de caz familial

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

Studiul de caz este o metodă calitativă și se instituie într-o procedură de abordare a unei entități sociale, de la indivizi până la comunități sau organizații, cu scopul de a ajunge la o imagine cât mai completă (holistică) despre această entitate. Prin studiul de caz nu se abordează doar persoanele și, mai ales, nu se studiază realitatea socială din perspectiva acestor persoane, ci se cercetează un fragment de realitate din exterior. *R.K. Yin* definește studiul de caz ca „o investigație empirică prin care se cercetează un fenomen contemporan în contextul său de viață reală, în special atunci când granițele dintre fenomen și context nu sunt foarte bine delimitate”² și în care se utilizează surse multiple de informare. Metoda studiului de caz constă, deci, în a raporta o situație reală, luată în

¹ A se vedea: Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială*, p.315-316.

² A se vedea: Yin R.K. *Studiul de caz. Designul, colectarea și analiza datelor*. –Iași: Polirom, 2005, p.30.

contextul său, și a o analiza pentru a vedea cum se manifestă și cum evoluează fenomenele care îl interesează pe cercetător. Cazul studiat permite identificarea sau descoperirea proceselor speciale. Cazul studiat permite o mai bună pătrundere a obiectului de studiu. Deseori cazul însuși este de un interes secundar: „joacă, după spusele lui *R.E.Stake*, un rol de suport, ușurându-ne înțelegerea a ceva diferit”¹.

Unul dintre avantajele studiului de caz constă în faptul că el furnizează o situație în care putem observa jocul unui mare număr de factori care interacționează, permițând astfel să fie recunoscute complexitatea și bogăția realităților sociale.

Într-o formulă difuză și spontană, studiul de caz funcționează și la nivelul *cunoașterii comune*. Oamenii învață din cazurile și necazurile altora. În discuțiile cotidiene se întâlnesc adesea expresii cu trimitere la aceasta: „Multe cazuri de felul ăsta am mai văzut” etc. Nu întâmplător, mulți analiști ai vieții sociale afirmă că esența strategiei cunoașterii și evaluării umane este comparația, ceea ce reprezintă principiul fundamental și în abordarea științifică a problematicii cazurilor.

Abordarea profesională, pe domenii, se află la un nivel mai avansat de sistematicitate în studierea cazurilor, cum ar fi, spre exemplu, instrumentarea cazurilor în domeniul juridic, a cazurilor de asistență socială și din mai multe sectoare de viață și activitate umană. Aici preocuparea spre cunoaștere este maximă, dar din perspectiva subordonării unui scop aplicativ – „soluționarea cazului”. Când examinarea unui caz ia forma riguroasă de descriere, explicație și interpretare a lui globală, și, de regulă, a

¹ Stake R.E. *The Art of Case Study Research*. –Thousand Oaks, Sage Publication, 1995.

comparației explicite cu alte cazuri, ne ridicăm la nivelul *cunoașterii științifice*.

Studiul de caz permite explicarea legăturilor care sunt prea complexe pentru strategii de anchetă sau pentru strategii experimentale. În context menționăm că valoarea unui studiu de caz nu poate fi judecată prin criterii de validitate statistică. „Studiile de caz, asemeni experimentărilor, pot fi generalizabile la propoziții teoretice, dar nu la populații sau universuri. În acest sens, studiul de caz, ca experiență, nu reprezintă un eșantion, iar scopul investigatorului este de a îmbogăți și generaliza teorii (generalizare analitică), nu de a enumera frecvențele (generalizare statistică)¹.

Astfel, una dintre calitățile studiului de caz este de a acumula elemente noi despre un subiect care ar putea îmbogăți sau nuanța o teorie. Problema reprezentativității își pierde atunci din sens în favoarea problemei calității cazului.

Dezvăluind conceptul studiului de caz, cercetătorul român *I.Radu* menționa: „De regulă, studiul de caz pornește – ca orice investigație – de la un cadru teoretic, care este esențial în culegerea de date. Fără o ipoteză sau idee directoare recolta de informație este minoră. Urmează selectarea cazurilor și precizarea unităților de analiză (individ, situație etc.) odată cu schițarea protocolului de colectare a datelor. În continuare, se trece la studierea fiecărui caz în parte prin interviu, observație, test etc. În final, se extrag datele relevante în lumina ideii de start, se modifică teoria inițială și se dezvoltă toate implicațiile. Validitatea pe care o oferă studiul de caz este parțială ...”². În

¹ Yin R.K. *Case Study Research: Design and Methods*. –London, 1984, p.21.

² A se vedea: Radu I. *Psihologie socială*. –Cluj-Napoca, 1994, p.343.

situația dată studiul de caz este util în cadrul unei abordări deductive (sau confirmative) în care este aplicat pentru a verifica valoarea explicativă sau predicativă a unei teorii elaborate dinainte și, desigur, pentru a o îmbogăți.

În cercetarea calitativă studiul de caz poate îndeplini, însă, și o altă funcție. El poate fi util și în cadrul unei abordări deductive în care, plecând de la una sau mai multe situații studiate, încercăm să eliberăm procesele recurente pentru a regrupa gradat informațiile obținute și pentru a evolua spre formularea unei teorii. Această funcție va fi utilă mai ales la începutul ciclului de cercetare a unui subiect, pentru a constitui o bancă de observații.

În literatura de specialitate se disting trei mari categorii de studii de caz:

- intrinseci;
- instrumentale;
- colective.

Prin *studiul de caz intrinsec* se urmărește investigarea cât mai minuțioasă a unui caz particular ca interes în sine, fără scopul de a desprinde trăsăturile generale sau a „testa” o ipoteză sau idee. Un exemplu de acest gen pot servi studiile monografice. Ne interesează, de exemplu, să facem un portret cât mai obiectiv al unei localități rurale, descrisă din cât mai multe puncte de vedere: cadrul cosmic, cadrul biologic, cadrul istoric, cadrul politic, manifestările spirituale, economice etc. Desigur, orice studiu intrinsec nu poate omite o cât de sumară încadrare într-un context exterior cât mai larg (zonă geografico-economică, regim politic, familie, când este vorba de un copil). În explicarea acestui caz, de asemenea, se operează implicit cu idei teoretice. Dar investigarea nu se pune în slujba unei teorii inițiale. Prin studiul de caz

intrinsec se urmărește și cercetarea situațiilor cu un caracter unic sau întâlnite foarte rar, ori care sunt greu accesibile pentru știință, dar despre care se presupune că permit descoperirea de lucruri noi (de exemplu, un eveniment istoric).

În *studiul de caz instrumental* un caz particular este cercetat, la fel, foarte detaliat, dar în scopul de a lămuri o problemă mai generală. Alegerea cazului se face în lumina respectivului interes, și nu pentru a-l studia în sine. Cazul este un „instrument” al unei strategii de cunoaștere mai largi de la care se așteaptă răspunsuri consistente în legătură cu anumite chestiuni.

Studiul de cazuri colective (multiple) își pune și cu mai mare acuitate ideea generalizării, a notelor și a mecanismelor comune. Totuși, aici la bază nu stă ideea de a eșantiona cazuri dintr-o populație omogenă, pe care să se studieze anumite caracteristici, ci de a cerceta intensiv mai multe cazuri, ce pot fi similare sau contrastante, variate sau redundante și de a vedea mai târziu dacă au sau nu anumite trăsături comune. Cazurile sunt alese nu atât pe baza unor criterii specifice de ordin teoretico-metodologic (concepte, ipoteze, eșantionare), cât pe a ideii că studierea mai multor cazuri face mai multă lumină în înțelegerea unui fenomen social.

În literatura de specialitate sunt prezentate următoarele etape ale studiului de caz¹:

1. *Selectarea și delimitarea cazului* (cazurilor). Atunci când studiem cazul intrinsec, problema alegerii nu se pune, deoarece ne interesează exact acel caz. Studiul de caz instrumental sau cel colectiv pretinde o cumpănire foarte atentă a avantajelor și dezavantajelor teoretice și practice ale abordării unor cazuri anume. Considerentele teoretice se referă la cât de

¹ A se vedea: Iluț P. *Abordarea calitativă a socioumanului*, p.111.

reprezentativ poate fi cazul respectiv pentru tema studiată. Cazul studiat trebuie să corespundă cât mai bine obiectivului teoretic.

2. *Selectarea (eșantionarea) în interiorul cazului ales.* Cercetând un caz ales spre studiu ne oprim, inevitabil, asupra unor persoane, locuri, evenimente pe care le observăm intensiv. Chiar atunci când este vorba de un singur individ intervine eșantionarea în actele lui de comportament, fiindcă nu-l putem observa zi și noapte. Selecția probabilistică nu funcționează și recurgem la evaluarea relevanței teoretice a unităților concrete supuse investigației profunde.

3. *Focalizarea pe caz cu metode și din perspective diferite (ale triangulației).*

4. *Compararea cazului interpretat cu alte cazuri asemănătoare concrete, examinarea cazurilor comparative.*

5. *Elaborarea textului final*, a relației dintre vocea subiecților și a faptelor și vocea autorului, care comportă criteriul adaptării la destinatar: comunitatea științifică, beneficiarul utilitarist sau marele public¹.

Activitatea asistentului social implică o continuă rezolvare de cazuri, prin care el învață, își perfecționează abilitățile, deprinderile de lucru. Prin învățarea pe cazuri se are în vedere, pe de o parte, că el se va confrunța și în viitor permanent cu rezolvarea de cazuri și, prin urmare, ceea ce a însușit poate fi aplicat ulterior în practică. Pe de altă parte, asistentul social își dezvoltă creativitatea, fiindcă fiecare caz în parte are coeficientul lui de impredictibilitate.

Asistența socială acordată familiei a fost considerată mult timp drept „family casework” (studiu de caz familial). *Scopul*

¹ A se vedea: Iluț P. *Abordarea calitativă a socioumanului*, p.105-112; Mucchielli A. (coord.). *Dicționar al metodelor calitative în științele umane și sociale*. –Iași, 2002, p.407-411.

studiului de caz social este acordarea ajutorului 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 beneficiarului¹.

Structura unui studiu de caz în asistența socială ar putea include următoarele elemente:

1. *Prezentarea problemelor:*

- a) identificarea sistemului beneficiarului (persoane, familia);
- b) specificarea problemelor așa cum au fost ele prezentate de beneficiar, precum și a altor probleme importante;
- c) precizarea problemelor asupra cărora se lucrează.

2. *Istoria problemelor, contextul.*

3. *Evaluarea capacităților, a punctelor tari și slabe:*

- a) sisteme interpersonale:
 - fizic (biologic);
 - mintal (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;

¹ A se vedea: Spânu M. *Introducere în asistența socială a familiei și protecția copilului*, cap. IV.

- probleme ale diferențierilor care influențează situația beneficiarului, definirea resurselor și a imaginii de ansamblu, a modului de ajutorare (etnic, rasial, cultural, variabilă sex, variabilă vârstă, statut social-economic).

4. *Evaluarea problemei de studiat și definirea ei:*

- a) cum trebuie definită problema;
- b) ce probleme suplimentare au fost percepute;
- c) ce factori bio-socioeconomici și de mediu influențează problema prezentată;
- d) ce defecte ale sistemului beneficiarului sau ale contextului în care acesta funcționează vor afecta rezolvarea problemei.

5. *Cercetarea – intervenția:*

- a) roluri de intervenție:
 - scopul beneficiarului;
 - scopul asistentului social;
 - resursele agenției și limitele acesteia;
- b) precizarea obiectivelor pentru fiecare scop;
- c) stabilirea duratei de intervenție așteptată și planificată;
- d) anticiparea obstacolelor și modalităților de depășire.

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, impactul, diseminarea rezultatelor.*

6.8. Terapia familială

Terapia familială reprezintă un domeniu specific al practicii asistenței sociale, ale cărei tehnologii sunt orientate spre ajutorarea individului să stabilească relații de reciprocitate în familie, să înțeleagă problemele apărute și să contribuie la găsirea căilor de soluționare a acestora prin întreținerea unui dialog constructiv între membrii familiei și sistemele înconjurătoare.

Conceptul de *terapie familială* se referă la procesul prin care familia ca sistem este ajutată să dobândească capacitatea de a schimba structura interacțiunilor în scopul de a favoriza fiecărui membru posibilitatea să se dezvolte într-o direcție favorabilă sieși, reducându-se astfel gradul și intensitatea factorilor de risc. După cum menționează *J.Carpenter*, terapia familială este în același timp și o teorie, și o metodă. *Ca teorie*, ea permite să fie înțelese problemele psihologice și interacțiunile reciproce ale omului în sistemul relațiilor de familie. *Ca metodă de ajutorare*, terapia familială reprezintă o intervenție specifică în sistemul relațiilor de familie și în structura interacțiunilor reciproce dintre soț și soție. Din această perspectivă, terapia familială ne apare în asistența socială ca un proces cu un scop bine determinat, având în calitate de procedee:

- adunarea/întrunirea membrilor familiei;
- discuția în comun a problemelor;
- stabilirea relațiilor pozitive între asistentul social și familie;
- acțiuni ale asistentului social în vederea schimbării situației.

Terapia familială este orientată spre soluționarea problemelor familiei, îmbunătățirea relațiilor dintre membrii ei, spre schimbarea pozitivă. Rolul decisiv în acest proces aparține

asistentului social și membrilor familiei, care doar împreună vor putea depăși greutățile apărute. În practica asistenței sociale sunt aplicate diverse forme ale terapiei familiale, precum: terapia strategică, „terapia-expres”, Școala de la Milan, modelul psihodinamic, modelul structural etc.

Una dintre cele mai influente terapii familiale este *modelul psihodinamic*, care se focusează pe cercetarea factorilor istorici ce influențează familia și generează diverse complicații ale vieții. O sarcină importantă a modelului psihodinamic constă în stabilirea diagnozei, evenimentelor și relațiilor din trecut, care au condus la schimbări distructive. La baza diagnozei sunt puse reprezentările medicale despre funcționarea organismului fără patologii. Diagnoza în terapia familială este axată pe modelul conduitei umane în contextul relațiilor de familie, acesta devenind obiect de cercetare și transformare. După *G.Aponte*, diagnoza în modelul psihodinamic al terapiei familiale rezolvă următoarele sarcini:

- determină problema cu care se confruntă individul;
- adună informația necesară;
- selectează ipoteza diagnostică;
- determină scopurile terapeutice de scurtă și lungă durată;
- determină strategiile de intervenție;
- apreciază eficiența intervențiilor.

Problemele terapiei familiale și-au găsit o interpretare teoretică în lucrările cercetătorilor Virginia Satir, Salvador Minuchin, Jay Haley, M.Bowen, toate aceste abordări fiind aplicate în practica asistenței sociale. În continuare vom dezvălui succint esența lor.

*Terapia familială din perspectiva Virginiei Satir*¹

V.Satir consideră că familia reprezintă un sistem ce se autoorganizează, având la baza relațiilor principiile homeostaziei: elementele sistemului reacționează unul asupra altuia, astfel încât să se păstreze echilibrul relațiilor. Multe probleme, conform opiniei expuse de V.Satir, pot fi privite ca „defecte” în legăturile sistemice ale familiei. Încă din 1967 cercetătoarea 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 de rol; este astfel accentuat stresul 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 de 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

¹ A se vedea: Satir V. *Conjoint family therapy*. –Palo Alto, California: Science and Behavior Books, 1967.

recunoașterea individuală acolo, unde, de fapt, subiectul eșuează în a înregistra performanțe, 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; ea 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 V.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 dintre membrii familiei, care pot fi flexibile sau rigide, 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 în 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.

Terapeutul social, cunoscând cum este o familie ideală, explică partenerilor/soților situația creată, contribuind la unirea/integrarea lor. Fiecare membru al familiei este analizat de către el în corespundere cu rolul său și în contextul cronologic al relațiilor de familie, o parte semnificativă de timp fiind oferită lucrului asupra „durerii”, situațiilor de criză.

Terapia familială structurală a lui Salvador Minuchin¹

Terapia familială structurală este orientată spre schimbarea pozițiilor membrilor familiei în situațiile de criză. S.Minuchin subliniază importanța terapeutică a diferențierii subsistemelor din sistemul familial, pentru autor fiind semnificativă restructurarea acestor subsisteme dacă ele prezintă semnele disfuncționalității.

¹ A se vedea: Minuchin S. *Families of the slums*. –New York: Basic Books, 1967.

Terapeutul social se străuie să explice părților hotarele/ limitele relațiilor create, privind familia ca un sistem cu mai multe subsisteme: subsistemul soților, subsistemul părinților, subsistemul copiilor, subsistemul rudelor apropiate și îndepărtate. Apariția tensiunilor în sistemul de relații familiale este rezultatul incapacității de a regula și adapta spațiul personal, hotarele subsistemului la schimbările interne și externe (nașterea copiilor, pierderea lucrului etc.).

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 își 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. În relațiile cu mama, terapeutul poate 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 relația cu soțul. Recomandările 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.

Terapeutul social/asistentul social va învăța beneficiarii să-și construiască hotare muabile ale sistemelor lor, să se dezică de la modelele rigide de interacțiune, înlocuindu-le cu altele mai funcționale. Din perspectiva structurală, orice familie conține subsisteme care trebuie să funcționeze corect în virtutea respectării granițelor dintre ele. 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.

Terapia familială din perspectiva lui Jay Haley

Autorul utilizează în terapia familială modelul strategic focalizat pe structurile comunicaționale: în ce mod contribuie comunicarea verbală sau nonverbală la menținerea homeostaziei/echilibrului sistemului? Toți membrii sistemului familial contribuie la acest echilibru prin consolidarea reciprocă a comportamentului. O deviere prea mare de la norme va fi contracarată și

sanționată. 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 fetețe 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. Scopul utilizării acestei tehnici reprezintă persuadarea beneficiarului 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, ea, de obicei, simte și se comportă într-un mod diferit. Redefinirea contribuie la stimularea beneficiarului de a formula diferite interpretări și alternative ale percepției, ceea ce contribuie la determinarea beneficiarului de a simți și a gândi tolerant în raport cu ceilalți.

Terapia sistemelor familiale a lui Murray Bowen

Ideile teoretice ale lui M.Bowen sunt cel mai strâns legate de abordarea sistemică. Conform teoriei sistemelor, dacă un element al sistemului se schimbă, apare o reacție ce conduce la schimbarea întregului sistem. M.Bowen privește familia ca un sistem multigenerațional, în care legăturile dintre generații joacă un rol semnificativ în funcționarea familiei. Genograma, sistemul structural al legăturilor dintre generații, alcătuită de terapeut, permite să înțelegem și să apreciem comportamentul fiecărui element din sistem (soți, copii, rude, părinți) în contextul problemelor unui caz aparte sau în contextul întregului sistem de legături de rudenie. Rolul terapeutului social/asistentului social constă în a ajuta fiecărui membru să-și înțeleagă funcțiile sale în sistemul de relații familiale¹.

¹ A se vedea: Фирсов М.В. *Технология социальной работы*, p.333-338.

6.9. Consilierea

Complexitatea vieții din ultimii ani a condus la o creștere puternică a nevoii de consiliere în cele mai diverse domenii: cel al asistenței sociale, educației, profesional, marital etc. *Obiectivele consilierii* constau în prevenirea și depășirea dificultăților datorate diferiților factori (individuali, sociali, biologici, psihologici etc.), în crearea posibilităților de funcționare normală a individului și familiei, de participare la viața comunității. Aceste obiective se ating prin informații, discuții de lămurire, încurajare, prelucrare în comun a deciziilor.

A consilia pe cineva cu probleme personale nu reprezintă nici un act magic și nici unul mistic, deși uneori rezultatele sunt incredibile. 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.

Din perspectiva beneficiarului pot fi evidențiate 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 consilierii statutul pe care îl merită, substituindu-l fie cu tehnicile psihoterapeutice, fie cu interviul. E adevărat că rolul consilierului este asemănător cu cel al psihoterapeutului, dar există o deosebire majoră: psihoterapia, utilizată de psihologi și psihiatri antrenați special în această direcție, constă în interpretarea patologiei problemelor beneficiarilor, în timp ce consilierea interpretează lipsurile actuale ale beneficiarilor. Deci, *prin consiliere se urmărește adaptarea optimală la condițiile de viață și dezvoltarea personalității deja existente, rezolvarea în primul rând a conflictelor interpersonale.*

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 deosebiri. Una dintre acestea se referă la nivelul de rezistență a beneficiarului, mai scăzut în timpul procesului de consiliere.

O altă deosebire 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 asistentului social).

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

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

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

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

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.

Clarificarea are următoarele scopuri:

- face eficient mesajul beneficiarului;

- confirmă acuratețea percepției mesajului de către asistentul social;
- verifică corectitudinea înțelegerii mesajului.

Exemplu. În afirmația beneficiarului: „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. Demult nu mă mai pot odihni bine noaptea, nu mă mai pot concentra, am început să beau...”, clarificarea asistentului social poate fi: „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, la 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 beneficiarului de către asistentul social care utilizează propriile expresii. Scopul parafrazării constă în a ajuta beneficiarul să se

concentreze asupra ideilor pe care le-a formulat incorect și să încerce o analiză a acestora.

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

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

- a încuraja beneficiarul să se exprime cât mai mult despre sentimentele sale;
- a sprijini beneficiarul în a experimenta stări emoționale intense;
- a ajuta beneficiarul 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 beneficiarului. Scopul constă în a realiza legătura dintre elementele mesajului, a oferi feedback, a identifica teme repetate în mesajul beneficiarului.

Exemplu. „Acum, după moartea soțului, 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.”

Pentru a face posibilă intervenția în cazul terapiei centrate pe client, consilierul trebuie să probeze, în relația sa cu beneficiarul, trei atribute principale:

- atitudinea pozitivă și necondiționată;

- abordarea cu sinceritate;
- empatia.

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

Sinceritatea, ca o condiție fundamentală, constă în „dezvăluirea” propriei personalități în activitatea cu beneficiarul. 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 beneficiarului.

Empatia este capacitatea de a participa la ceea ce simte beneficiarul, 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.

6.10. Sculptura familială

Sculptura familială este o tehnică desemnată să ajute beneficiarul 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 tensiunea¹.

6.11. Cartea Vieții

Cartea Vieții reprezintă un instrument cu valoare terapeutică. El este folosit în 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 al 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 este 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 copilului, unde, de ce, dar și a sentimentelor copilului despre ceea ce se întâmplă. În Carte pot fi incluse fotografii,

¹ A se vedea: Hartman A. *Working with adoptive families: Beyond placement*. –New York: Child Welfare League of America, 1984, p.24.

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 particular¹.

Acestea sunt câteva din metodele, tehnicile și instrumentele principale de lucru ale asistentului social cu familia care și-au demonstrat eficiența în timp.

Întrebări de recapitulare

1. Numiți cele mai importante metode și tehnici aplicate în asistența socială a familiei.
2. Care este rolul observației ca metodă aplicată în asistența socială a familiei?
3. Dezvăluți principiile și etapele observației participative.
4. Prin ce se deosebește ancheta socială de ancheta sociologică?
5. Analizați conținutul anchetei sociale structurate/prin administrare de chestionar.
6. Ce loc deține metoda interviului în lucrul cu familia?
7. Caracterizați tipurile de interviu folosite în asistența socială a familiei.
8. În ce constă esența diagnozei sociale și care sunt tipurile ei?
9. Dezvăluți conținutul instrumentelor de evaluare prin care se efectuează diagnoza socială: istoricul social, genograma, ecomapa etc.
10. Alcătuiți o genogramă a familiei prin care s-ar putea evidenția cele mai importante evenimente și legături intergeneraționale.
11. Ce importanță are metoda biografică în lucrul asistentului social cu familia?

¹ A se vedea: Backhouse K. *Last book: Tools for working with children in placement // Social Work*, 1984, 29, p.551-544.

12. În ce constă esența metodei studiului de caz?
13. Caracterizați categoriile studiului de caz (intrinsec, instrumental, colectiv).
14. Analizați principalele tipuri de terapii familiale (din perspectiva savanților V.Satir, S.Minuchin, J.Haley, M.Bowen).
15. Ce înseamnă a consilia o familie?
16. Dezvăluți conținutul terapiei centrate pe client/beneficiar.

Bibliografie selectivă

1. *Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova.* –Chișinău, 2008.
2. *Asistența socială în Marea Britanie și România.* –București, 2000.
3. *Asistența socială. Studii și aplicații.* –Iași, 2005.
4. Bowlby J. *Attachment and Loss.* –Hogarth, 1980.
5. Brandon M., Schofield G., Trinder L. *Social work with children.* - Macmillan Press LTD, 1998.
6. Bulgaru M., Dilion M. *Concepte fundamentale ale asistenței sociale.* –Chișinău, 2000.
7. Bulgaru M. (coord.). *Aspecte teoretice și practice ale asistenței sociale.* –Chișinău, 2003.
8. Bulgaru M. (coord.). *Metode și tehnici în asistența socială.* –Chișinău, 2002.
9. Buzducea D. *Aspecte contemporane în asistența socială.* –Iași: Polirom, 2005.
10. Chelcea S. *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative și calitative.* –București, 2004.
11. Chess W.A., Norlin J.M. *Human Behaviour and the Social Environment. A Social Systems Model.* –Alliy and Bacon, 1991.
12. *Codul familiei* // Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr.47-48 din 26.04.2001.
13. Cojocaru Șt. *Metode apreciative în asistența socială.* –Iași, 2005.
14. Cojocaru Șt. *Proiectul de intervenție în asistența socială.* –Iași, 2006.
15. *Convenția cu privire la drepturile copilului adoptată de ONU la 20 noiembrie 1989.*

16. Cooper D., Ball D. *Abuzul asupra copilului*. –București, 1993.
17. Coser, Rose Zaub. *The Family: Its structure and Functions*. –New York: St'Martin's Press, 1974.
18. Coulshed V. *Practica asistenței sociale*. –București: Alternative, 1993.
19. Danii A., Popovici D.V., Racu A. *Intervenția psihopedagogică în școala incluzivă*. –Chișinău, 2007.
20. Davies M. *The essential Social Worker. A Guide to Positive Practice*. –London, 1991.
21. Dominelli L. *Social Work. Theory and practice for a changing profession*. –Cambridge: Polity Press, 2004.
22. Hargie O., Dikson D. *Skilled interpersonal communication. Research, Theory and Practice*. –London and New York, 2004.
23. Hartman A. *Working with adoptive families; Beyond placement*. –New York: Child Welfare League of America, 1984.
24. Hartman A., Laird J. *Family – centered social work practice*. –New York, 1983.
25. Hepworth D.H., Larsen J.A. *Direct Social work Practice. Theory and Skills*. –Belmont, California, 1990.
26. Hollis F. *Casework: Psychosocial Therapy*. –New York, 1964.
27. Howe D. *Attachment Theory for Social Work Practice*. –Basingstoke: MacMillan, 1995.
28. Howe D. *Attachment and Loss // Child and Family Social Work*. –Avebury: Aldershot, 1996.
29. Howe D. *Introducere în teoria asistenței sociale*. –București: UNICEF România, 2001.
30. Iluț P. *Familia – cunoaștere și asistență*. –Cluj-Napoca, 1995.
31. Iluț P. *Abordarea calitativă a socioumanului*. –Iași, 1997.
32. Iluț P. *Psihosociologia și antropologia familiei*. –Iași, 2005.
33. Irimescu G. *Asistența socială a familiei și copilului*. –Iași, 2003.
34. Johnson L.C., Yanca S. *Social Work practice: A generalist approach*. –Boston, 2001.
35. Killen K. *Copilul maltratat*. –Timișoara, 1998.
36. King G., Keohane R., Verba S. *Fundamentele cercetării sociale*. –Iași, 2000.

37. Konopka G. *Social group work. A helping process.* –New Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, 1972.
38. Mănoiu F., Epureanu V. *Asistența socială în România.* –București: ALL, 1996.
39. McGill D.W. *The cultural story in multicultural family therapy // Families in society*, 1992, 73.
40. Miftode V. *Teorie și metode în asistența socială: elemente introductive.* –Iași, 1994.
41. Miftode V. *Fundamente ale asistenței sociale.* –București, 1999.
42. Mihăilescu I. *Familia în societățile europene.* –București, 1999.
43. Miley K.K., O'Melia M., Dubois B.L. *Practica asistenței sociale.* –Iași, 2006.
44. Minuchin S. *Families of the slums.* –New York: Basic Books, 1967.
45. Mitrofan I. (coord.). *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane.* –Iași, 2003.
46. Mucchielli R. *L'interview de groupe.* –Paris, 1999.
47. Mucchielli A. (coord.). *Dicționar al metodelor calitative în științele umane și sociale.* –Iași, 2002.
48. Neamțu G. (coord.). *Tratat de asistență socială.* –Iași: Polirom, 2003.
49. Pecora P.J., Whittaker J.K., Maluccio A.N. *The Child welfare challenge.* –New York, 1992.
50. Racu A., Popovici D.V., Crețu V., Racu S., Bucinschi C. *Asistența socială a persoanelor cu dizabilități.* –Chișinău, 2007.
51. Richmond M.E. *Social Diagnosis.* –New York, 1965.
52. Rotariu T., Iluț P. *Ancheta sociologică și sondajul de opinie.* –Iași, 1997.
53. Roth–Szamosközi M. *Perspective teoretice și practice ale asistenței sociale.* –Cluj-Napoca, 2003.
54. Satir V. *Conjoint family therapy.* -Palo Alto, California: Science and Behavior Books, 1967.
55. Silverman D. *Interpretarea datelor calitative.* –Iași, 2004.
56. Siporin M. *Introduction în Social Work Practice.* –New York, 1975.
57. Skinner B.F. *Science and human behavior.* –New York, 1953.
58. Smalley R. *Social Casework: The Functional Approach // Enciclopedia of Social Work*, 1972.

59. Spânu M. *Introducere în asistența socială a familiei și protecția copilului*. –Chișinău, 1998.
60. Stahl H.H. *Familia sătească altădată și astăzi*. –București, 1977.
61. Stake R.E. *The Art of Case Study Research*. –Thousand Oaks, Sage Publication, 1995.
62. *Theories of Social Casework*. –Chicago: University of Chicago Press, 1970.
63. Tutty L.M., Rothery M.A., Grinnell R.M. *Cercetarea calitativă în asistența socială*. –Iași, 2005.
64. Voinea M. *Sociologia familiei*. –București, 1993.
65. Yin R.K. *Studiul de caz. Designul, colectarea și analiza datelor*. –Iași: Polirom, 2005.
66. Zamfir C., Zamfir E. (coord.). *Politici sociale. România în context european*. –București, 1995.
67. Zamfir C., Vlăsceanu L. (coord.). *Dicționar de sociologie*. –București, 1998.
68. Zamfir C., Stănescu S. (coord.). *Enciclopedia dezvoltării sociale*. –Iași: Polirom, 2007.
69. Доэл М., Шадлоу С. *Практика социальной работы*. –Москва, 1995.
70. *Методология социальной работы*. –Москва, 1994.
71. *Основы теории и практики социальной работы*. –Барнаул, 1994.
72. Павленок П.Д. *Технология социальной работы в различных сферах жизнедеятельности*. –Москва, 2006.
73. *Программа социальной работы с неполными семьями*. –Москва, 1992.
74. Ратгер М. *Помощь трудным детям*. –Москва, 1987.
75. Сапс М., Уэллс К. *Опыт социальной работы. Введение в профессию*. –Москва, 1994.
76. Сатир В. *Как строить себя и свою семью*. –Москва, 1992.
77. *Семья на пороге третьего тысячелетия* (отв. ред. А.И.Антонов и М.С.Мацковский). –Москва, 1995.
78. Соколов А.В. *Общая теория социальной коммуникации*. –СПб, 2002.
79. *Социальная защита семьи и детей*. –Москва, 1992.

80. *Социальная работа в системе Человек – Общество – Культура.* –Саратов, 1994.
81. *Социальная работа с семьей в системе местного самоуправления.* –Москва, 2000.
82. *Социальная работа: теория и практика* (отв. ред. Е.И.Холостова, А.С.Сорвина). –Москва, 2002.
83. *Теория и методика социальной работы* (в 2-х томах). –Москва, 1994.
84. *Теория и методология социальной работы.* –Москва, 1994.
85. *Теория и практика социальной работы: проблемы, прогнозы, технологии.* –Москва: РГСИ, 1992.
86. *Технология социальной работы* (отв. ред. А.А.Чернецкая). –Ростов-на-Дону, 2006.
87. Торохтий В.С. *Психология социальной работы с семьей.* –Москва, 1996.
88. Фирсов М.В. *Технология социальной работы.* –Москва, 2007.
89. Холостова Е.И. *Социальная работа с семьей.* –Москва, 2007.
90. Шеляг Т.В. *Семья и социальная работа.* –Москва, 1999.

LEGEA asistenței sociale

Capitolul I DISPOZIȚII GENERALE

Articolul 1. Noțiuni de bază

În prezenta lege, noțiunile de bază utilizate au următoarele semnificații:

asistență socială – componentă a sistemului național de protecție socială, în cadrul căruia statul și societatea civilă se angajează să prevină, să limiteze sau să înlăture efectele temporare sau permanente ale unor evenimente considerate drept riscuri sociale, care pot genera marginalizarea ori excluderea socială a persoanelor și a familiilor aflate în dificultate;

risc social – pericol pentru persoană sau familie de a fi afectată de consecințele economice negative ale pierderii potențialului fizic, statutului ocupațional sau social (boală, accident, dizabilitate, îmbătrânire, deces, maternitate, șomaj, inadaptare socială etc.);

venit global al unei persoane (constituie o parte din venitul global al familiei) – sumă a mijloacelor bănești provenite din activitatea salarizată și din activitatea de întreprinzător, care include, de asemenea, veniturile din comercializarea producției agricole din gospodăria auxiliară, veniturile provenite din proprietate, prestațiile sociale în bani, prestațiile sociale în natură și alte venituri curente, calculate pentru o persoană;

asistent social – persoană cu studii speciale în domeniu, care prestează servicii specializate persoanelor și familiilor care, temporar, se află în dificultate și care, din motive de natură economică, socială, fizică sau psihologică, nu sunt în stare să își realizeze, prin mijloace și eforturi proprii, un nivel decent de viață;

lucrător social – persoană cu instruire specială sau fără instruire specială, dar care a frecventat cursurile de pregătire profesională și care prestează persoanelor asistate servicii de necesitate primară;

anchetă socială – act care constată situația materială și socială actuală a persoanei sau a familiei, ce solicită asistență socială, și care conține date referitoare la persoană sau la membrii familiei (vârstă, ocupație, venituri), la locuință și la bunurile pe care le posedă, la problemele cu care se confruntă aceștia;

persoană și familie defavorizată – persoană și familie socialmente vulnerabile, aflate în situații care împiedică activitatea normală a acestora din punct de vedere economic, educativ, social etc.;

beneficiar de asistență socială – persoană sau familie defavorizată careia, în temeiul cererii, anchetei sociale și al actelor constatatoare, i se acordă prestații și/sau servicii sociale;

dependență socială – stare a persoanei care, din cauza pierderii independenței fizice, psihice sau intelectuale, are nevoie de asistență socială pentru îndeplinirea funcțiilor curente de importanță vitală;

plasament familial – formă de ocrotire a minorului rămas fără supravegherea părinților sau ai cărui părinți se află în situație de risc sau în altă situație care necesită instituirea tutelei;

reintegrare socială – reabilitare a funcțiilor de bază (economică, educativă, socială etc.) ale unei persoane sau familii, care permite acestora să participe la viața socială;

familie cu mulți copii – familie cu 3 și mai mulți copii.

Articolul 2. Scopurile legii

Prezenta lege are drept scop determinarea principiilor și obiectivelor asistenței sociale, stabilirea dreptului la asistență socială, prestațiilor și serviciilor de asistență socială, categoriilor de beneficiari ai acesteia, precum și a cerințelor față de personalul din sistemul de asistență socială.

Articolul 3. Principiile asistenței sociale

Asistența socială se întemeiază pe următoarele principii:

- a) recunoașterea independenței și autonomiei personalității, respectarea demnității umane;
- b) universalitatea dreptului la asistență socială, garantarea accesibilității acesteia;
- c) solidaritatea socială;
- d) flexibilitatea măsurilor de asistență socială, aducerea lor în concordanță cu necesitățile reale ale persoanei sau ale familiei aflate în dificultate;
- e) parteneriatul social ca mijloc de realizare și evaluare a măsurilor de asistență socială;
- f) responsabilitatea personală a beneficiarului de asistență socială.

Articolul 4. Obiectivele asistenței sociale

(1) Obiectivele asistenței sociale constau în depășirea stării de dependență socială sau în înlăturarea stării de dificultate a persoanelor sau a

famiiliilor și în asigurarea integrării lor sociale, cu respectarea principiului autonomiei.

(2) Reintegrarea socială a persoanei sau a familiei cu statut social lezat este orientată spre restabilirea și îmbunătățirea relațiilor acestora în societate.

Articolul 5. Dreptul la asistență socială

(1) De asistență socială beneficiază cetățenii Republicii Moldova în funcție de nivelul venitului global al unei persoane. Quantumul venitului global al unei persoane, care acordă dreptul de a beneficia de o formă sau alta a asistenței sociale, se reglementează prin actele legislative și alte acte normative corespunzătoare.

(2) Cetățenii străini și apatrizii domiciliați în Republica Moldova beneficiază de protecție socială în conformitate cu legislația în vigoare.

Articolul 6. Politica de asistență socială

(1) Politica de asistență socială se realizează consecvent și cu prioritate în favoarea persoanelor și familiilor social-dependente sau susceptibile de a deveni social-dependente și are drept obiective:

a) prevenirea sau reducerea dependenței sociale și atenuarea consecințelor acesteia;

b) menținerea unui nivel decent de viață al persoanei sau familiei;

c) acordarea unui sprijin suplimentar, temporar sau permanent, prin prestații și servicii sociale.

(2) Politica de asistență socială are drept scop orientarea măsurilor politice și socioeconomice spre asigurarea de posibilități egale atât pentru membrii societarii, cât și pentru sistemele instituțional-administrative organizate la nivel local și central.

(3) Măsurile de asistență socială se realizează prin programe și acțiuni personalizate, preventive sau curente, organizate și garantate de autoritățile administrației publice centrale și locale, precum și de alte organe sau organizații ale societății civile.

(4) Programele de asistență socială se elaborează de către autoritățile administrației publice centrale și locale și se coordonează cu Ministerul Muncii și Protecției Sociale. La elaborarea acestor programe sunt antrenate, în calitate de parteneri sociali, organizațiile neguvernamentale, persoanele fizice și juridice din țară și din străinătate, instituțiile de cult recunoscute în Republica Moldova și reprezentanții societății civile.

(5) Coordonarea activității de asistență socială, realizate în cadrul sistemului național de protecție socială, revine autorității administrației publice centrale cu atribuții în domeniu.

Capitolul II

BENEFICIARI DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Articolul 7. Categoriile de beneficiari

De asistența socială beneficiază persoanele și familiile care, din cauza unor factori de natură economică, fizică, psihologică sau socială, nu au posibilitate să își asigure un nivel decent de viață, și anume:

a) copiii și tinerii ale căror sănătate, dezvoltare și integritate fizică, psihică sau morală sunt prejudiciate în mediul în care locuiesc;

b) familiile care nu își îndeplinesc în mod corespunzător obligațiile privind îngrijirea, întreținerea și educarea copiilor;

c) familiile fără venituri sau cu venituri mici;

d) persoanele fără familie, care nu pot gospodări singure, care necesită îngrijire și supraveghere sau sunt incapabile să facă față nevoilor sociomedicale;

e) copiii cu dizabilități până la vârsta de 18 ani;

f) familiile cu mulți copii;

g) familiile monoparentale cu copii;

h) persoanele vârstnice;

i) persoanele cu dizabilități;

j) alte categorii de persoane și familii aflate în dificultate.

Articolul 8. Stabilirea dreptului la asistență socială

(1) Necesitatea în asistență socială a categoriilor de persoane și familii specificate la art.7 este determinată conform criteriilor stabilite de către Ministerul Muncii și Protecției Sociale, de comun acord cu Ministerul Finanțelor.

(2) Persoanele și familiile specificate la art.7 au dreptul la alegerea liberă a formelor de asistență socială, în baza cererii depuse la autoritatea administrației publice locale.

(3) Dreptul la prestații și servicii sociale se stabilește în temeiul anchetei sociale și al actelor constatatoare.

(4) Serviciile sociale, prevăzute de prezenta lege, se acorda în baza consimțământului liber exprimat al persoanei care necesită sprijin și are

discernământ sau al reprezentantului ei legal, în cazul în care aceasta este lipsită de sau limitată în capacitate de exercițiu.

(5) Beneficiarul de prestații și/sau de servicii sociale este obligat să comunice în scris autorității, care i-a stabilit acest drept, despre orice eveniment de natură să conducă la modificarea, suspendarea sau încetarea dreptului.

(6) Dreptul la asistență socială nu exonerează persoana de responsabilitate pentru sine și pentru propria familie.

(7) În cazul în care se încalcă drepturile și libertățile persoanei asistate ori asistentul social sau lucratorul social nu respectă obligația de a păstra secretul profesional și secretul intimității persoanei menționate, aceasta sau reprezentantul ei legal este în drept să sesizeze instanța de judecată.

Capitolul III **PRESTAȚII ȘI SERVICII DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ**

Articolul 9. Formele asistenței sociale

(1) Asistența socială se acordă sub formă de:

- a) prestații în bani (alocații, compensații, indemnizații etc.) sau prestații în natură;
- b) servicii sociale.

(2) Asistența socială poate fi acordată și indirect, inclusiv sub formă de gratuități sau de reduceri la procurarea unor bunuri sau la plata unor servicii curente ce țin de locuință, sub formă de scutiri sau reduceri de impozite.

(3) Autoritățile administrației publice locale, în funcție de posibilitățile financiare reale, pot institui și acorda persoanelor și familiilor aflate în dificultate, pe lângă formele de asistență socială stabilite prin prezenta lege, și alte forme de asistență socială.

(4) Alocățiile, compensațiile, indemnizațiile, ajutoarele și alte prestații acordate în bani sau în natură, temporar sau permanent, sunt considerate, conform legislației, venituri la stabilirea dreptului la asistență socială.

Articolul 10. Serviciile sociale

(1) Serviciile sociale reprezintă activități specializate desfășurate în favoarea persoanelor sau a familiilor specificate la art. 7.

(2) Serviciile sociale sunt complementare celor de asistență medicală care se acordă conform legislației.

(3) Calitatea serviciilor sociale se asigură prin respectarea standardelor de calitate stipulate în contractele încheiate cu furnizorii de servicii.

(4) În categoria serviciilor sociale se includ și serviciile acordate în instituțiile specializate (centrele sociale de zi sau de noapte, azilurile pentru bătrâni, centrele de reabilitare, protezare și recuperare), plasarea în instituțiile de asistență socială, serviciile acordate de către secțiile de deservire socială la domiciliu, examinarea la domiciliu de către consiliile de expertiză medicală a vitalității.

(5) Autoritățile administrației publice locale organizează prestarea de servicii sociale în funcție de problemele sociale existente în aria teritorială.

Articolul 11. Acordarea prestațiilor și a serviciilor sociale

(1) Acordarea prestațiilor și a serviciilor sociale se face la cererea scrisă a solicitantului sau, după caz, a reprezentantului legal al acestuia ori a altei persoane a cărei legitimitate este justificată prin actele prevăzute de legislația în vigoare.

(2) Beneficiar de prestații și/sau de servicii sociale destinate pentru creșterea și educarea copiilor poate fi unul dintre părinți sau reprezentantul legal al copilului.

(3) Beneficiarii de prestații și de servicii sociale au dreptul de a fi informați asupra condițiilor de acordare a acestora, asupra rezultatelor anchetelor sociale efectuate, asupra datei constituirii dreptului la asistență socială și asupra modalității de primire a ei.

(4) Serviciile sociale se acorda la domiciliu sau în cadrul instituțiilor specializate gratuit ori cu plată parțială sau integrală.

(5) Acordarea de servicii sociale în instituțiile specializate se efectuează în cazuri excepționale, deoarece îngrijirea în familie se consideră mai eficientă.

Capitolul IV ORGANIZAREA ȘI FUNCȚIONAREA SISTEMULUI DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Articolul 12. Asistența socială la nivel central

(1) Ministerul Muncii și Protecției Sociale este autoritatea din cadrul administrației publice centrale care coordonează activitatea de acordare a asistenței sociale și evaluează funcționarea sistemului de asistență socială.

(2) Ministerul Muncii și Protecției Sociale exercită următoarele atribuții principale:

a) elaborează politica de asistență socială și strategia națională de dezvoltare a acesteia și exercită controlul asupra realizării lor;

b) pregătește proiecte de acte normative, de norme metodologice și propuneri cu privire la ameliorarea funcționării sistemului de asistență socială;

c) elaborează standardele de calitate pentru serviciile sociale;

d) elaborează metodologia de acreditare și criteriile de evaluare a instituțiilor de asistență socială, publice și private, precum și a organizațiilor neguvernamentale care activează în domeniu, organizează procesul de acreditare și de evaluare a acestora în conformitate cu legislația;

e) dezvoltă relații de colaborare cu instituții și organizații internaționale analoge, încheie convenții de colaborare cu acestea.

(3) La elaborarea politicii de asistență socială, Ministerul Muncii și Protecției Sociale se consultă cu reprezentanții societății civile.

(4) Departamentul asistență socială, care funcționează pe lângă Ministerul Muncii și Protecției Sociale, realizează politica de asistență socială.

(5) Departamentul asistență socială exercită următoarele atribuții principale:

a) coordonează și evaluează activitatea direcțiilor municipale asistență socială și a secțiilor raionale asistență socială și protecție a familiei;

b) dezvoltă sistemul de servicii sociale, promovează alternativele instituționalizării;

c) colaborează cu autoritățile administrației publice locale și cu reprezentanții societății civile;

d) creează sistemul informațional în domeniu.

(6) În subordinea autorităților administrației publice centrale pot funcționa instituții de asistență socială specializate, înființate prin hotărâre de Guvern, precum și unități de cercetări științifice în domeniu.

Articolul 13. Asistența socială la nivel teritorial

(1) La nivel teritorial funcționează direcții municipale asistență socială și secții raionale asistență socială și protecție a familiei, constituite de consiliile raionale (municipale) corespunzătoare, de comun acord cu Ministerul Muncii și Protecției Sociale, și subordonate autorităților

respective ale administrației publice locale și Ministerului Muncii și Protecției Sociale prin intermediul Departamentului asistență socială.

(2) Direcțiile municipale asistență socială și secțiile raionale asistență socială și protecție a familiei, în comun cu autoritățile administrației publice locale și în colaborare cu reprezentanții societății civile, realizează politica de asistență socială și asigură aplicarea legislației la nivel teritorial.

(3) Direcția municipală asistență socială exercită următoarele atribuții principale:

a) coordonează și evaluează activitatea direcțiilor de sector asistență socială și protecție a familiei;

b) asigură acordarea de servicii sociale în funcție de specificul local;

c) creează sistemul informațional în domeniul asistenței sociale la nivel de municipiu;

d) generalizează și sistematizează informația privind asistența socială și analizează eficiența acesteia la nivel de municipiu;

e) informează populația municipiului despre situația în domeniul asistenței sociale, despre modul de acordare a prestațiilor și a serviciilor sociale.

(4) Secția raională asistență socială și protecție a familiei exercită următoarele atribuții principale:

a) relevă problemele sociale locale, organizează și acordă asistență socială în funcție de solicitările locale;

b) elaborează, în comun cu autoritățile administrației publice locale și cu antrenarea reprezentanților societății civile, programe locale de dezvoltare a asistenței sociale și exercită controlul asupra realizării acestora;

c) evaluează situația persoanei sau familiei ce solicită asistență socială prin întocmirea anchetei sociale și propune căi de soluționare a problemelor sociale;

d) creează sistemul informațional în domeniul asistenței sociale la nivel de raion;

e) generalizează și sistematizează informația privind asistența socială și analizează eficiența acesteia la nivel de raion;

f) informează populația raionului despre situația în domeniul asistenței sociale, despre modul de acordare a prestațiilor și a serviciilor sociale;

g) colaborează cu unitățile de asistență socială din raza teritorială în care activează, supraveghează activitatea acestora și înaintează primarilor propuneri în vederea optimizării acesteia.

Articolul 14. Rolul autorităților administrației publice locale în organizarea asistenței sociale la nivel local

(1) Autoritățile administrației publice locale analizează problemele sociale, inițiază studierea și analiza situației în sfera socială pe teritoriul subordonat și, în baza rezultatelor obținute și pornind de la posibilitățile financiare reale, adoptă și dezvoltă strategii locale de sprijin al persoanelor și familiilor defavorizate, aprobă programe de asistență socială și exercită controlul asupra realizării acestora, asigură resursele umane, materiale și financiare necesare pentru soluționarea problemelor sociale stringente.

(2) Autoritățile administrației publice locale pot înființa, independent sau în parteneriat cu reprezentanții societății civile, instituții și servicii specializate de asistență socială.

(3) Consiliul local instituie, în limitele statelor de personal ale aparatului primăriei și ale posibilităților financiare existente, o unitate de asistent social, subordonat atât primăriei, cât și secției asistență socială și protecție a familiei, care asigură medierea dintre solicitanții de asistență socială și secția menționată sau alte instituții și organizații prestatoare de servicii sociale.

Capitolul V

PERSONALUL DIN SISTEMUL DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Articolul 15. Formarea personalului

(1) Acțiunile de asistență socială se realizează de asistenții sociali și lucrătorii sociali.

(2) Ministerul Muncii și Protecției Sociale, în comun cu Ministerul Educației și Ministerul Sănătății, asigură formarea personalului pentru activitatea în domeniul asistenței sociale. În scopul ridicării nivelului profesional al asistenților sociali și al lucrătorilor sociali, se organizează cursuri de perfecționare a calificării.

(3) Ministerul Educației, în comun cu Ministerul Muncii și Protecției Sociale, asigură elaborarea și aprobă programe de pregătire a unui personal calificat în domeniul asistenței sociale.

(4) Ministerul Muncii și Protecției Sociale, în comun cu autoritățile administrației publice locale, determină efectivul necesar de cadre în domeniul asistenței sociale.

(5) Instituțiile de asistență socială sunt obligate să respecte normele minimale de personal, aprobate prin ordinul ministrului muncii și protecției sociale.

Articolul 16. Atestarea personalului

(1) Pentru desfășurarea activității de asistență socială, personalul format în acest domeniu este atestat de o comisie competentă, care funcționează în cadrul secțiilor (direcțiilor) asistență socială și protecție a familiei.

(2) Modul de atestare este stabilit prin regulamentul aprobat de către Ministerul Muncii și Protecției Sociale.

Articolul 17. Asistentul social

(1) Asistent social poate fi persoana care:

- a) este cetățean al Republicii Moldova, cu domiciliul în teritoriul ei;
- b) are studii speciale în domeniu;
- c) este aptă, conform unui certificat medical, pentru exercitarea atribuțiilor de asistent social.

(2) Nu poate fi asistent social persoana:

- a) privată de dreptul de a lucra în domeniu pe durata stabilită prin hotărâre judecătorească definitivă sau prin sancțiune disciplinară;
- b) care are antecedente penale nestinse.

Articolul 18. Lucrătorul social

(1) Atribuțiile lucrătorului social pot fi exercitate atât de persoanele cu pregătire teoretică și practică în acest domeniu, cât și de membrii familiei, de vecini sau de alte persoane capabile să presteze servicii de primă necesitate persoanelor specificate la art.7.

(2) Formarea profesională a lucrătorului social trebuie să asigure adaptarea acestuia la orice situație în care se poate afla persoana asistată, să asigure educarea acestuia în spiritul respectului demnității persoanei asistate și al responsabilității pentru sănătatea fizică și psihică a ei.

Articolul 19. Obligațiile personalului

(1) Asistentul social și lucrătorul social sunt obligați:

- a) să respecte normele eticii profesionale și legislația privind problemele sociale;
- b) să respecte confidențialitatea informațiilor obținute prin exercitarea profesiei;
- c) să respecte dreptul de a alege al persoanei sau familiei asistate;

d) să manifeste competență la soluționarea problemelor sociale ale persoanei sau familiei;

e) să apere persoana asistată de abuzul de încredere;

f) să dea dovadă de onestitate în exercițiul funcțiunii;

g) să conștientizeze problemele și interesele persoanei asistate pentru asigurarea autonomiei acesteia și implicarea activă a ei în societate;

h) să sprijine persoanele și familiile aflate în dificultate prin mobilizarea resurselor materiale și umane existente.

(2) Standardele ocupaționale pentru asistentul social și lucrătorul social se stabilesc de către Ministerul Muncii și Protecției Sociale și Ministerul Economiei.

Articolul 20. Evaluarea activității

Activitatea desfășurată de asistentul social și lucrătorul social este evaluată anual, pe baza datelor din rapoartele acestora, de către conducerea persoanei juridice, cu care asistentul sau lucrătorul a încheiat contract individual de muncă.

Articolul 21. Comisia disciplinară

(1) În cadrul Ministerului Muncii și Protecției Sociale se înființează o comisie disciplinară, care funcționează pe baze obștești și de a cărei competență ține analiza abaterilor săvârșite de asistenții sociali și lucrătorii sociali.

(2) În cazul depistării unor încălcări grave ale normelor eticii profesionale și ale normelor moralei de către asistentul social sau lucrătorul social, comisia disciplinară poate propune suspendarea din funcție sau concedierea acestuia.

(3) Regulamentul comisiei disciplinare se aprobă de către Ministerul Muncii și Protecției Sociale.

Capitolul VI FINANȚAREA ASISTENȚEI SOCIALE

Articolul 22. Sursele de finanțare

(1) Acțiunile de asistență socială se finanțează de la bugetul de stat, de la bugetele unităților administrativ-teritoriale, din fondurile republican și locale de susținere socială a populației, din donații, sponsorizări, precum și din contribuțiile beneficiarilor de asistență socială.

(2) În scopul eficientizării acțiunilor de asistență socială, instituțiile de asistență socială pot organiza gospodarii auxiliare în vederea obținerii

unor venituri pe care le vor gestiona, ca mijloace extrabugetare, în modul stabilit.

(3) Pentru finanțarea serviciilor sociale sunt utilizate și mijloacele încasate drept contribuții ale persoanelor beneficiare care dispun de venituri proprii.

(4) Contribuțiile beneficiarilor de asistență socială se stabilesc, în funcție de veniturile proprii ale beneficiarilor, după cum urmează:

a) de către autoritățile administrației publice locale – pentru serviciile sociale finanțate din bugetele proprii;

b) de către persoanele juridice (cu avizul autorităților administrației publice locale) – pentru serviciile sociale organizate și finanțate de acestea;

c) de Guvern – pentru serviciile sociale finanțate de la bugetul de stat;

d) prin acordul părților – în cazul programelor de asistență socială finanțate în parteneriat.

Articolul 23. Modul de finanțare

(1) Finanțarea acțiunilor de asistență socială de la bugetul de stat sau de la bugetele unităților administrativ-teritoriale se face direct de către ordonatorii de credite.

(2) Autoritățile administrației publice locale, pornind de la posibilitățile financiare reale, asigură baza materială necesară pentru organizarea și funcționarea unităților de asistență socială, pentru acordarea serviciilor sociale proprii și sprijină acțiunile de asistență socială întreprinse de persoanele fizice și juridice, de instituțiile de cult recunoscute în Republica Moldova și de organizațiile societății civile.

(3) Cheltuielile pentru asistența socială acordată copiilor de către autoritățile administrației publice locale se finanțează conform legislației în vigoare.

(4) Cheltuielile pentru asistența socială se efectuează din bugetul consolidat pe anul respectiv.

Articolul 24. Gestionarea prestațiilor și serviciilor

Prestațiile și serviciile sociale acordate, în conformitate cu prezenta lege, de către direcțiile municipale asistență socială și secțiile raionale asistență socială și protecție a familiei se gestionează de Ministerul Muncii și Protecției Sociale.

Articolul 25. Plata prestațiilor

Plata prestațiilor sociale se efectuează, în conformitate cu legislația, de către unitățile specializate abilitate, din mijloacele aprobate pentru această destinație.

Capitolul VII RĂSPUNDERI

Articolul 26. Responsabilități

Nerespectarea dispozițiilor prezentei legi atrage răspunderea disciplinară, materială, civilă sau penală în conformitate cu legislația în vigoare.

Capitolul VIII DISPOZIȚII FINALE

Articolul 27

Guvernul, în termen de 5 luni:

va prezenta Parlamentului propuneri pentru aducerea legislației în vigoare în corespundere cu prezenta lege;

va aduce actele sale normative în concordanță cu prezenta lege;

va asigura anularea de către ministere și departamente a actelor normative ce contravin prezentei legi.

PRESEDINTELE PARLAMENTULUI

Eugenia OSTAPCIUC

Chișinău, 25 decembrie 2003.

Nr. 547-XV.

Publicată în:
Monitorul Oficial al Republicii Moldova,
nr. 42-44 din 12.03.2004

CODUL DEONTOLOGIC AL ASISTENTULUI SOCIAL

Aprobat la ședința Grupului de Lucru în Dezvoltare Profesională din cadrul Proiectului TACIS „Consolidarea Capacităților în Reforma Politicii Sociale”

Aprobat de Asociația de Promovare a Asistenței Sociale la ședința din 25.04.2005

Scopul Codului:

- stipulează standardele de comportament profesional și de practică pentru asistentul social;
- stabilește responsabilitățile deontologice în exercitarea activității de asistență socială;
- protejează și promovează interesele utilizatorilor, la fel și interesele profesionale ale prestatorilor de servicii sociale.

CAPITOLUL 1. PRINCIPII ETICE

1.1 Principii etice generale

Art. 1. Fiecare ființă umană reprezintă o valoare unică, ceea ce implică respect necondiționat.

Art. 2. Fiecare persoană are datoria să contribuie, după posibilități, la bunăstarea societății și la exercitarea dreptului de a solicita suport deplin din partea acesteia.

Art. 3. Fiecare persoană are dreptul să se autorealizeze în măsura în care nu afectează autorealizarea celorlalți.

1.2 Principii etice specifice

Art. 4. Asistentul social are obligația să respecte și să promoveze principiile eticii și echității sociale.

Art. 5. Asistentul social, în activitatea sa, trebuie să respecte drepturile persoanelor, în conformitate cu drepturile și valorile stipulate în legislația națională, în Declarația Universală a Drepturilor Omului, cât și în alte convenții internaționale.

Art. 6. Asistentul social are responsabilitatea să-și folosească la maximum calitățile umane și cunoștințele profesionale pentru a ajuta

indivizii, grupurile, comunitățile și societatea în dezvoltarea lor și în soluționarea conflictelor la nivel personal și social.

Art. 7. Asistentul social trebuie să acorde asistență optimă persoanelor aflate în dificultate, fără a face nici un fel de discriminări (în funcție de sex, vârstă, rasă, naționalitate, apartenență etnică sau religioasă, disabilitate).

Art. 8. Asistentul social trebuie să se bazeze pe principiul confidențialității și utilizării responsabile a informațiilor obținute în activitatea profesională.

Art. 9. Asistentul social, în exercitarea profesiei, în cazul în care constată o încălcare a prevederii legale, are datoria de a o aduce la cunoștință părților implicate.

Art. 10. Asistentul social are datoria să coopereze cu organele de drept pentru prevenirea posibilelor acte criminale.

Art. 11. Asistentul social trebuie să implice activ beneficiarul în conștientizarea intereselor lui, asigurându-i autonomia, demnitatea și dezvoltarea umană.

Art. 12. Asistentul social, în activitatea cu beneficiarul, trebuie să acorde prioritate intereselor acestuia, fără a leza interesele celorlalte părți implicate.

Art. 13. Asistentul social trebuie să stimuleze beneficiarul să-și asume responsabilitatea adoptării soluției pentru problemele sale și să se implice activ în sprijinirea beneficiarului în acest proces. El trebuie să-l orienteze pe beneficiar în conștientizarea riscurilor și consecințelor posibile.

Art. 14. Asistentul social poate să recomande anumite soluții care să rezolve problemele beneficiarului ce nu corespund intereselor celorlalte părți implicate doar după o evaluare sistematică și responsabilă a cerințelor părților aflate în conflict.

Art. 15. Asistentul social, în activitatea sa, nu va oferi, direct sau indirect, suport persoanelor, grupurilor, forțelor politice ori structurilor de putere în manipularea sau oprimarea celorlalte ființe umane.

Art. 16. Asistentul social trebuie să ia decizii care au o justificare etică explicită și să militeze ca aceste decizii să fie acceptate și respectate și de către ceilalți.

Art. 17. Asistentul social are datoria să promoveze principiile prezentului cod, contribuind la cunoașterea și respectarea acestora atât în cadrul comunității sale profesionale, cât și de către alte persoane și instituții.

Art. 18. Asistentul social trebuie să susțină părțile în soluționarea constructivă a situațiilor conflictuale, evitând recurgerea la calea juridică.

CAPITOLUL 2. STANDARDE PROFESIONALE

2.1 Standarde morale

Art. 19. Asistentul social trebuie să-și practice profesia cu probitate morală, demnitate, onestitate și competență.

Art. 20. 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 opțiune a fiecărui individ, grup, colectivitate.

Art. 21. Asistentul social trebuie să protejeze beneficiarul de un eventual abuz condiționat de situațiile dificile în care se află acesta.

Art. 22. Asistentul social trebuie să aibă un comportament care nu va prejudicia imaginea profesională.

2.2 Standarde profesionale

Art. 23. Asistentul social trebuie să fie activ în depistarea problemelor, să folosească cunoștințele profesionale pentru a asista persoanele, grupurile și colectivitățile aflate în dificultate să atingă un prag acceptabil de normalitate.

Art. 24. Asistentul social trebuie să protejeze interesele beneficiarilor, susținându-i în luarea propriilor decizii în deplină cunoștință de cauză.

Art. 25. Asistentul social trebuie să-și perfecționeze continuu pregătirea profesională, deprinderile și abilitățile practice; să contribuie la dezvoltarea unui climat stimulatив pentru perfecționare 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 discreditarea 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-l pot influența în exercitarea profesiei.

Art. 29. Asistentul social nu trebuie să permită ca problemele sale personale să-i influențeze deciziile în activitatea profesională.

Art. 30. Asistentul social are datoria față de sine și familia sa de a-și dezvolta capacitatea de a diferenția problemele din sfera activității profesionale de viața personală și familială.

Art. 31. Asistentul social trebuie să-și dezvolte capacitățile de autocunoaștere și de cunoaștere a celuilalt.

Art. 32. Asistentul social trebuie să supună continuu unei examinări critice constructive teoriile, metodele și practicile activității profesionale.

Art. 33. Asistentul social trebuie să susțină cu informații și date de care dispune cercetarea științifică din domeniu.

Art. 34. Asistentul social angajat în cercetarea științifică trebuie să respecte anonimatul și intimitatea persoanelor investigate, în scopul înlăturării oricăror prejudecii morale sau materiale la care acestea ar putea fi supuse.

Art. 35. Asistentul social, în calitate de cadru didactic, îndrumător de practică sau coleg cu mai multă experiență, are datoria de a sprijini procesul de educație și formare a specialiștilor din domeniu.

Art. 36. Specialiștii angajați în formarea profesională a asistenților sociali trebuie să însușească respectul și dragostea față de profesie, să contribuie la difuzarea și însușirea normelor prezentului Cod.

2.3 Standarde în relația asistentului social cu beneficiarii

Art. 37. Asistentul social trebuie să manifeste respect față de personalitatea beneficiarului și să recunoască dreptul de opțiune al acestuia.

Art. 38. Asistentul social are obligațiunea de a oferi asistență ținând cont de valorile comunității din care beneficiarul face parte.

Art. 39. Asistentul social are obligația să acorde asistență persoanelor aflate în dificultate, fără nici o discriminare, în limitele obiectivelor instituției din care face parte.

Art. 40. Asistentul social trebuie să ofere beneficiarului informații complete și exacte cu privire la oferta serviciilor sociale accesibile în cadrul instituției din care face parte.

Art. 41. Asistentul social, în cazul în care nu poate oferi asistența solicitată, trebuie să explice beneficiarului motivele refuzului.

Art. 42. Asistentul social, fiind pus în situația de a-și exprima opțiunile religioase sau politice, trebuie să o facă astfel încât beneficiarul să se simtă absolut liber în expunerea propriilor opțiuni.

Art. 43. Asistentul social trebuie să coopereze cu beneficiarul în ceea ce privește asistența acordată. În cazul în care beneficiarul nu are capacitatea de a decide care sunt nevoile sale, asistentul social trebuie să informeze reprezentantul legal al acestuia. În cazul în care interesele altor persoane ori ale comunității sunt în pericol, se permite intervenția asistentului social fără a informa beneficiarul.

Art. 44. Asistentul social trebuie să câștige încrederea beneficiarului, convingându-l că relația stabilită este utilizată în scopul respectării drepturilor legitime, promovării dorințelor și intereselor acestuia. Asistentul social va culege numai informații necesare intervenției asistențiale.

Art. 45. Asistentul social, cooperând cu alte persoane, trebuie să comunice numai informațiile necesare, doar cu acordul clientului și în conformitate cu exigențele menționate în Art. 8, cu excepția cazurilor stipulate în Articolele 10, 43 și 46.

Art. 46. Asistentul social, chemat ca martor, va depune sau nu mărturie respectând prevederile cu privire la secretul profesional conținute în prezentul Cod. Asistentul social poate să depună mărturie împotriva unei persoane asistate în condițiile în care consideră că există pericol de viață pentru altcineva, iar în caz de dubiu, se poate consulta cu organismul comunității profesionale.

2.4 Standardele relațiilor la locul de muncă

Art. 47. 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 prezentul Cod.

Art. 48. Asistentul social trebuie să respecte standardele profesionale și etice ale instituției în care lucrează, dacă acestea nu contravin prevederilor prezentului Cod.

Art. 49. Asistentul social trebuie să contribuie la realizarea responsabilă și calificată a obiectivelor organizației în care lucrează, la elaborarea și dezvoltarea standardelor profesionale și etice ale activității de asistență socială.

Art. 50. Asistentul social trebuie să susțină satisfacerea intereselor legitime ale beneficiarului în cadrul instituției din care face parte sau, dacă nu este posibil, să apeleze la alte surse de sprijin.

2.5 Standardele relațiilor cu colegii și alți specialiști

Art. 51. Asistentul social trebuie să colaboreze cu colegii și cu specialiștii din alte domenii.

Art. 52. Asistentul social trebuie să promoveze și să respecte standardele profesionale.

Art. 53. Asistentul social, în scopul perfecționării reciproce, trebuie să disemineze cunoștințele, experiența, ideile colegilor, specialiștilor, precum și voluntarilor.

Art. 54. Asistentul social trebuie să acorde sprijin tinerilor specialiști în vederea integrării profesionale a acestora.

Art. 55. 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.

Art. 56. Asistentul social, în calitate de manager, trebuie să respecte opiniile profesionale, capacitatea, experiența și meritele colegilor prin crearea unei atmosfere de dezbatere liberă și responsabilă.

Art. 57. Asistentul social, în procesul de evaluare a activității colegilor, trebuie să dea dovadă de echitate, corectitudine și profesionalism.

Art. 58. Asistentul social trebuie să contribuie la asigurarea unui climat de colegialitate, respect și susținere reciprocă. În situații de conflict, el trebuie să contribuie activ la rezolvarea lor într-un spirit colegial și de exigență profesională.

Art. 59. Asistentul social, în relații cu colegii și alți specialiști, trebuie să se bazeze pe loialitate și susținerea reciprocă a reputației.

Art. 60. Asistentul social, în activitatea cu beneficiarii, nu trebuie să depășească cadrul de competență profesională; în același timp, asistentul social trebuie să militeze împotriva substituirii sale, ca specialist, cu specialiști din alte domenii.

Art. 61. Asistentul social, care are dovezi că un coleg prejudiciază prin comportamentul său interesele beneficiarului sau încalcă standardele profesiei, are obligația să informeze despre acest fapt instituțiile în drept să soluționeze cazul.

2.6 Responsabilitatea asistentului social față de comunitate

Art. 62. Asistentul social poartă responsabilitate față de persoanele asistate și față de comunitate.

Art. 63. Asistentul social are datoria să sprijine persoanele asistate în integrarea socială și culturală, în restabilirea relațiilor cu familia și comunitatea, în reducerea dependenței sociale, să contribuie la înțelegerea drepturilor și datoriilor sale sociale.

Art. 64. Asistentul social este responsabil să sprijine comunitatea în conștientizarea problemelor cu care se confruntă anumite categorii ale populației, posibile inechități, nedreptăți și să opteze pentru o atitudine solidară, prin găsirea unei soluții constructive.

Art. 65. Asistentul social, în baza valorilor democratice, are datoria să respecte cultura, experiența istorică, opțiunile fundamentale ale comunității în care lucrează.

Art. 66. Asistentul social trebuie să contribuie cu experiența sa profesională la dezvoltarea programelor și politicilor sociale.

Art. 67. Asistentul social trebuie să opteze pentru crearea unei „societăți pentru toți”, fără discriminări, excluziuni sau marginalizări.

CAPITOLUL 3. RESPONSABILITATEA COMUNITĂȚII ASISTENȚILOR SOCIALI PENTRU PROMOVAREA PROFESIEI DE ASISTENT SOCIAL

Art. 68. Asistentul social are obligația morală de a adera la o comunitate profesională pentru promovarea și dezvoltarea profesiei, drepturilor și obligațiilor profesionale.

Art. 69. Comunitatea asistenților sociali trebuie să promoveze reglementările prezentului Cod și să supravegheze respectarea lui.

Art. 70. Comunitatea asistenților sociali are datoria să acționeze pentru prevenirea exercitării profesiei de asistent social de către persoane fără calificarea profesională corespunzătoare.

Art. 71. Comunitatea asistenților sociali trebuie să militeze pentru ca în organizațiile prestatoare de servicii de asistență socială să activeze asistenți sociali profesioniști.

Art. 72. Comunitatea asistenților sociali trebuie să contribuie la dezvoltarea mecanismelor și procedurilor de evaluare și acreditare a organizațiilor prestatoare de servicii de asistență socială.

Art. 73. Comunitatea asistenților sociali are misiunea de a promova cooperarea cu alți specialiști, contribuind la dezvoltarea profesiei.

Art. 74. Comunitatea asistenților sociali trebuie să promoveze instruirea profesională continuă, să fie responsabilă pentru calitatea serviciilor oferite.

Art. 75. Comunitatea asistenților sociali trebuie să participe la elaborarea standardelor minime de calitate pentru serviciile sociale și la evaluarea calității acestor servicii.

Art. 76. Comunitatea asistenților sociali trebuie să recunoască și să stimuleze nevoia de colaborare a asistenților sociali cu alți specialiști în interesul beneficiarilor.

Art. 77. Comunitatea asistenților sociali trebuie să pledeze pentru asigurarea condițiilor care permit asistenților sociali să cunoască și să respecte prevederile prezentului Cod.

Art. 78. Comunitatea asistenților sociali trebuie să promoveze și să sprijine procesul de creare și dezvoltare a serviciilor sociale.

Art. 79. Comunitatea asistenților sociali trebuie să acționeze pentru recunoașterea socială a profesiei și oficializarea statutului profesional.

Art. 80. Comunitatea asistenților sociali are datoria să dezvolte următoarele tipuri de activități:

- difuzarea prezentului Cod;
- analizarea situațiilor de posibilă încălcare a prevederilor Codului;
- analizarea cu responsabilitate și colegialitate a cazurilor de încălcare a prevederilor Codului;
- prevederea și executarea sancțiunilor ce se impun.

Art. 81. Comunitatea asistenților sociali aplică sancțiunile:

- 1) atenționarea personală;
- 2) sesizarea instituțiilor în care lucrează asistentul social;
- 3) aducerea la cunoștință întregii comunități profesionale a încălcărilor.

Maria Bulgaru

**Asistența socială:
fundamente teoretice și practice
(Manual)**

Semnat pentru tipar 13.01.2009
Formatul 60x84¹/₁₆. Ofset.
Coli de tipar 31. Coli editoriale 24,5.
Comanda ___/09. Tirajul 50.

Tiparul: CEP USM
MD-2009 Chișinău, str. A.Mateevici, 60.