

Evaluarea si interventia in criza determinata de abuzul fata de batran

Cuprins:

- 2.1. Importanta problemei
- 2.2. Istoricul problemei
- 2.3. Definitia abuzului fata de batrani
- 2.4. Felurile abuzului la batrani
- 2.5. Prevalenta abuzului la batrani
- 2.6. Locurile unde se pot petrece abuzurile la batrani
- 2.7. Factorii de risc ai abuzului fata de batrani
 - 2.7.1. Cine este victima abuzului
 - 2.7.2. Cine sunt faptuitorii
 - 2.7.3. Factorii de risc ai abuzului in institutiile de batrani
- 2.8. Dinamica abuzului
- 2.9. Indicatorii abuzului – semnele de alarma
- 2.10. Consecintele abuzului
- 2.11. Reticenta batranului de a divulga abuzul
- 2.12. Pasul Nr. 1: Contactul cu batranul abuzat
- 2.13. Pasul nr. 2: Screeningul si evaluarea
- 2.14. Pasul Nr. 3: Interventia propriu-zisa
 - 2.14.1. Raspunsul imediat in criza
 - 2.14.2. Restaurarea sperantei, drepturilor, demnitatii si bunastarii
 - 2.14.3. Informarea despre resursele existente si indrumarea spre aceste servicii
 - 2.14.4. Formularea unui plan de siguranta
- 2.15. Contactele de urmarire (follow-up)
- 2.16. Documentarea

2. 1. Importanta problemei:

Traim intr-o societate in care batranii sunt tinta abuzului si discriminarii!

Pare o afirmatie grava dar exista o multime de argumente care o sustin. In primul rand batranii au devenit un segment numeric din ce in ce mai important din populatie, sunt din ce in ce mai vizibili social, iar prin procesul democratic al votului ei isi sustin din ce in ce mai bine propria agenda in detrimentul celorlalte segmente populationale, fondurile de pensii greveaza mult bugetul national si au devenit din ce in ce mai mult tinta unor speculatii sau malversatiuni economice nationale si internationale; transferul proprietatilor de o generatie la alta se face mai tarziu spre nemulțumirea generatiei urmatoare care preia mult mai tarziu valorile si rolurile pe care se considera indreptatita sa le mosteneasca, structurile de suport si ingrijire a sanatatii si bunastarii populatiei varstnice sunt constisitoare si deturneaza resurse de la alte programe sociale, batranii pastreaza locurile de munca mai mult timp si ies la pensie mai tarziu, iar eliberarea locurilor de munca pentru generatiile urmatoare intarzie, etc.

Ca rezultat al progresului medicinei si a scaderii natalitatii, la care se adauga, in multe cazuri, cresterea bunastatii generale, s-a marit considerabil durata medie de viata si din ce in ce mai multi oameni traiesc peste varsta de 65 ani. Aceasta crestere reprezinta o povara din ce in ce mai grea, atat la nivelul familiei cat si a societatii ca intreg. Nevoia de ingrijiri specifice si de institutii dedicate batranilor greveaza bugetul comunitatilor si a natiunilor din ce in ce mai mult. La fel, vizibilitatea sociala in crestere a populatiei varstnice a condus la modificari ale atitudinii publicului larg cat si a profesionistilor implicate, care se intinde de la rejectie si ignorare pana la asumare si implicare.

In 2009, ONU publica un raport tehnic asupra trendului cresterii populatiei varstnice si a impactului asupra societatii (United Nation, World Population Ageing, 2009). Principalele constatari ale acestui raport sunt prezentate in Tabelul Nr. 1.

1. Imbatranirea populatiei este un proces fara precedent in istoria umanitatii. Cresterea numarului de batrani de peste 60 ani se acompaniaza de scaderea numarului de tineri de sub 15 ani. La nivel mondial se preconizeaza ca in anul 2045 numarul batranilor va depasi numarul tinerilor.
2. Imbatranirea populatiei este un proces general care afecteaza toate tarile de pe glob. Proportia crescuta a populatiei batrane se datoreaza reducerii fertilitatii si scaderii consecutive a tinerilor, cuplata cu cresterea duratei de viata a oamenilor. Acest fenomen a condus la o presiune asupra echitatii si solidaritatii intra- si intergenerationale care fundamenteaza societatea umana.
3. Imbatranirea populatiei este un proces in dezvoltare. Astfel, daca proportia batranilor crestea de la 8% in 1950 la 11% in 2009, se estimeaza ca aceasta proportie sa atinga 22% in 2050.
4. Atata timp cat mortalitatea continua sa descreasca si fertilitate ramane scazuta, proportia oamenilor batrani va continua sa creasca.
5. Imbatranirea populatiei are consecinte majore asupra tuturor fatetelor vietii umane: crestere economica, investitii, formarea capitalului si a economiilor, consum, piata muncii, taxe, pensionare si fonduri de pensii, transferul intergenerational al proprietatii si a valorilor.
6. In sfera sociala consecintele prognozate sunt legate de modificarea compozitiei familiei si a aranjamentelor locative, cererea de locuinte, migrarea populatiei, modificarea structurii morbiditatii si mortalitatii si a nevoii de servicii de ingrijire a sanatatii
7. In mod global, populatia batranilor de peste 60 ani creste cu o rata de 2,6% pe an, mult mai rapid decat populatia ca intreg, care are o rata de doar 1,2% pe an. In 2000 populatia de peste 60 ani numara 600 milioane, triplu fata de 1950, in 2009 numara 700 milioane, iar in 2050 va fi de 2 miliarde, daca rata actuala se pastreaza.
8. Chiar in interiorul acestui segment de varstnici populatia imbatraneste si proportia celor de peste 80 ani este mereu in crestere. Rata de crestere a celor de peste 80 ani este de 4,0% pe an.
9. Din cauza ca femeile traiesc mai mult, ele constituie majoritatea persoanelor in varsta
10. Persoanele in varsta au probabilitatea foarte mare sa experimenteze izolare sociala si deprivare economica si se asista la cresterea nevoii de suport specific pentru batrani.
11. Femeile in varsta prezinta o probabilitate mai mare sa traiesca singure; se estimeaza ca 19% din femeile batrane traiesc singure, fata de doar 9% din barbatii batrani.
Nota: Varsta medie a populatiei in Romania este in crestere ca expresie a imbatranirii populatiei si aceasta este de 38,1 ani, iar Romania se clasifica pe locul 26 in lume: cea mai varstnica populatie este cea a Japoniei cu 44,4 ani, urmata de cea a Germaniei cu 43.9 ani si cea mai tanara este a Nigerului cu 15,0 ani varsta medie.

Tabelul Nr. 1: Fenomenul imbatranirii populatiei si consecintele prognozate ale acestuia (United Nation, World Population Ageing, 2009)

Proportia de oameni batrani din totalul populatiei este mai mare in tarile dezvoltate, dar tendinta de crestere a oamenilor varstnici este prezenta in toate tarile. Populatia varstnica din Germania, Franta sau Suedia este asteptata sa creasca de la 30% in 1990 la 60% in 2020. Un milion de oameni implinesc 60 ani in fiecare luna si 80% dintre acestia sunt in tarile in curs de dezvoltare. Este de asteptat ca populatia varstnica din Tailanda, Kenia si Columbia sa creasca cu 300% iar in Indonezia cu 400%. In anul 2020, in tari precum Cuba, Argentina, Tailanda sau Sri Lanka proportia batranilor din totalul populatiei va fi mai mare decat in SUA (UN, World Population Ageing, 2009). Aceasta tendinta demografica implica mari provocari

pentru toate guvernele și o schimbare de politică care să se adreseze specific varstnicilor este tot mai așteptată.

Organizația Mondială a Sănătății estimează că 4-6% din persoanele în vârstă din totalul populației globului suferă diferite tipuri de abuz. Alarmată de magnitudinea mondială a acestei probleme, Organizația Națiunilor Unite, prin vocea Secretarului General, Dl. Ban Ki-moon, a proclamat că în fiecare an ziua de 15 Iunie să fie celebrată ca Zi Mondială a constientizării abuzului față de bătrani și a afirmat că respectul față de bătrani trebuie să fie parte integrantă a societății ca expresie a recunoașterii drepturilor umane ale persoanelor în vârstă. Secretarul general spunea cu această ocazie: *“Chem guvernele și toți actorii implicați să construiască și să pună în opera strategii efective de prevenție și politici și legi ferme care să se adreseze tuturor aspectelor abuzului față de bătrani”* (press release on UN Secretary-General’s Message for 2012 about the World Elder Abuse Awareness Day: June 15th). Anul 2002 a marcat un punct de cotitură în felul cum societatea trebuie să privească și să răspundă la fenomenul creșterii populației vârstnice, an în care Adunarea Generală a ONU de la Madrid asupra îmbătrânirii populației a formulat și promovat documente și asertiuni exemplare. Ulterior, Organizația Națiunilor Unite a formulat Planul de acțiune și Declarația politică prin care s-au formulat principiile și prioritățile de acțiune precum asigurarea unei ambiante sociale adecvate bătrânilor și a unor îngrijiri specifice de sănătate (United Nation - Report on the Fortieth Session of the Commission on Population and Development, 2007).

Prejudiciu și discriminarea față de bătrani poate lua multe forme în funcție de contextual social și cultural. Cele mai comune forme de discriminare față de bătrani se întâlnesc la locul de muncă, în căutarea unui loc de muncă, în viața domestică și în serviciile de îngrijire a sănătății și cele de protecție socială. În toate aceste locuri bătrânii suferă diferite grade de segregare și excludere ca expresie a atitudinii generale a societății. Buttler (1999) inventează termenul de “ageism” pentru a descrie procesul sistematic de discriminare și prejudiciu adus bătrânilor. Pentru Levy și Banaji (2002) termenul de “ageism” definește *“o alterare în sentimentele, credințele sau comportamentele de răspuns față de un individ sau grup în funcție de vârstă”*. Această atitudine este generată de coexistența stereotipurilor sociale negative cu cele pozitive precum percepția bătrânilor ca persoane uitute, rigide intelectual, cu o competență și productivitate scăzută și cu condiție fizică în declin la care se adaugă cele pozitive ca de exemplu viziunea că bătrânii sunt persoane care au teaurizat înțelepciune, au

experiența și sunt persoane calde și miștoase (Cuddy și colab. 2005). Coexistența acestor două tipuri de viziuni contradictorii explică modelul dual al stimei și prejudiciului la care sunt expuși bătrânii într-un spațiu cultural dat (Pryor și colab. 2004). După acest model, atitudinea individuală față de bătrani este dictată de interacțiunea dintre răspunsul reflex, imediat, la perceperea unei persoane în vârstă și răspunsul deliberativ ce încorporează regulile de bază după care sunt luați în considerare bătrânii. Astfel, reacția reflexă imediată poate fi rejecția sau desconsiderarea care ulterior este modulată de regulile de bază după care bătrânii trebuie tolerați pentru că sunt părinții și bunicii noștri. Ageismul este expresia înclinării acestei balanțe de partea reacției reflexe imediate care tinde să inhibe influența răspunsului deliberativ. Reacția imediată este dată de stereotipul după care categorisim oamenii pe care-i întâlnim în funcție de gen, rasă și vârstă și despre ceea ce ei ne amintesc, bătrânii aducându-ne aminte în mod reflex despre autoritate, reguli, limite, constrângeri și pedepse.

La nivel social, atitudinea față de bătrani este generată de tendința social-culturală actuală de a face separația dintre tineri și bătrani, dintre ceea ce e nou și ceea ce e vechi, de încurajarea de rețele sociale separate pentru tineri și bătrani, de promovarea de expresii culturale și expresii instituționale diferite în funcție de vârstă, de catalogarea capacităților și potențialităților în funcție de vârstă (Hagestad și Uhlenberg, 2005; Bytheway, 2005). Această diferențiere se reflectă foarte bine în discursul public despre bătrani, discurs care utilizează în cazul bătrânilor narative supra-indulgente ori narative folosite în cazul copiilor. În felul acesta bătrânii sunt fixați într-o zonă aparte a societății ceea ce permanentizează stigmatizarea, segregarea, prejudiciu și în final abuzul (Bugental și Hehman, 2007).

S-au identificat mai multe feluri de răspuns al bătrânilor față de atitudinea indivizilor și societății (Palmore, 2003):

- i) acceptarea: bătrânii care acceptă imaginea negativă socială și acționează conform ei, se poartă ca niște bătrani chiar dacă aceasta este contrară personalității lor;
- ii) negarea: comportament care încearcă să “cosmetizeze” imaginea bătrâneții precum efectuarea de operații plastice, transplant de păr, utilizarea de produse antibătrânețe;
- iii) evitarea: care presupune izolarea auto-impusă a bătrânului pentru a evita stigma socială;
- iv) reforma: care implică efortul bătrânilor de a schimba atitudinea și stereotipul după care sunt priviți.

Din nefericire, societatea in care traim este infiltrata de “ageism” si stereotipurile culturale, cultura pop si media reitereaza orientarea societatii catre tineri si indirect marginalizeaza batranii, acestea reflectandu-se in discursul social la diferite nivele, uneori imbibat cu un grad de ipocrizie (Sijuwade, 2009). Nelson (2005) inventariaza si alte fatete ale ageismului care se manifesta in viata de zi cu zi: (i) limbajul condescendent care se utilizeaza cand se comunica cu batranii, (ii) adoptarea unei atitudini pseudopozitive, inautentice (“*cine nu are batrani sa-i cumpere*”) care presupune autonomia batranilor doar de fatada, dar conduce in fapt la “infantilizarea” lor, la transformarea lor in persoane pasive si dependente de altii, (iii) atitudinea profesionistilor din serviciile de ingrijire medicala si sociala care continua sa priveasca batranetea mai mult ca un deficit decat ca o conditie normala la care trebuie sa se acomodeze toate lumea in termini de semnificatie si functionalitate. In felul acesta se intelege usor cum stereotipizarea ageismului in atitudinea si narativul comun au deschis usa segregarii, prejudiciului si abuzului fata de batrani.

2.2. Istoricul problemei:

Violenta interpersonală este o problema care se pierde in negura istoriei dar varianta ei, violenta in functie de varsta a inceput sa fie perceputa ca atare in secolul trecut. Pentru prima oara abuzul fata de batrani a fost descris intr-o publicatie stiintifica de Baker (1975) si Burston (1977) in Anglia. Pana sa ajunga aceasta problema pe masa oamenilor politici sau a legislatorilor au mai trecut 20 ani. Abuzul fata de batrani a devenit o problema sociala pe masura ce miscarea feminista a pus accentul pe violenta domestica iar miscarea drepturilor omului a creat cadrul juridic pentru a apara victimele si a urmări faptuitorii. In pas cu aceasta evolutie s-a modificat si discursul public si cel profesional. Limbajul medical a inceput sa captureze problematica omului batran, sa inventeze conceptul de batran neglijat si sa identifice consecintele violentei asupra oamenilor in varsta. Totul a culminat cu Adunarea Generala a ONU de la Madrid asupra imbatranirii populatiei (2002) care a reprezentat prima tentativa a guvernelor de a forma o voce comuna pentru a identifica adevarata problematica a batranilor si a defini programele specifice de raspuns la imbatranirea populatiei.

De-a lungul ultimelor decenii ale secolului XX felul cum batranii au fost luati in considerare a urmat evolutia conceptiilor rolului statului in protectia persoanelor vulnerabile si a fluctuat de la ideea ca statul este responsabil de bunastarea lor pana la ideea ca acestea

trebuie incurajati sa fie independenti si autonomi in alegerile de viata iar locul cel mai potrivit pentru protectia lor este familia. In acest din urma caz, principala valoare promovata de societate in cazul batranilor a fost auto-determinarea, respectiv faptul ca nu este de asteptat ca cineva din afara sa intervina in viata lor personala (Turner, 1995). Aceasta viziune a creat bariere subiective in accesul la serviciile de protectie, batranii incercand sa implineasca asteptari de care in multe cazuri nu erau capabili sa le implineasca. Astfel au aparut cohorte de batrani care traiau in saracie si care experimentau rusinea, frica si refuzul de a solicita ajutor. Alte generatii de batrani au trait intr-o viziune sociala dominata de paternalism in care statul isi aroga rolul de protectie si suplinire a nevoilor celor neputinciosi. Aceasta a legat batranii de servicii si institutii de protectie si familia apartinatoare s-a simtit degrevata de responsabilitatea traditionala de a-si ingriji membrii de familie in varsta. In acest context, de relatie dezechilibrata intre cei ce dau si cei ce primesc, s-a creat si premiza abuzului si neglijarii fata de membrii vulnerabili ai societatii. Evolutia societatii post-moderne si auto-determinarea fiecărei generatii in parte au condus la diminuarea timpului petrecut de o generatie cu cealalta baza reducerii timpului de co-existenta intergenerationala. Aceasta se traduce prin faptul ca copiii sunt incurajati sa paraseasca parintii cat mai repede, iar parintii la randul lor imping batranii spre o existenta autonoma si fiecare generatie doreste sa ramana in contextul ei relativ si sa impartaseasca cat mai putin cu alta de teama contaminarii, confruntarii sau competitiei valorice (Abrams si colab. 2006).

Analize mai atente la situatia batranilor in societate au inceput sa fie facute in anii '60, analize care au sugerat o atitudine mai favorabila fata de acestia. Cu toate acestea, inca se refuza sa se perceapa rolul pozitiv al batranilor in societate pentru ei insisi si pentru altii si se incuraja pensionarea timpurie sau anticipata. Tendinta acelor ani a fost incadrarea batranilor in "modelul deficit" prin care se considera batranetea ca un fenomen care produce deteriorarea capacitatii si functionarii organismului ceea ce a condus la patologizarea si medicalizarea batranetii. Batranii erau vazuti mai mult ca recipieni decat producatori de servicii si bunuri, ei erau "populatia pasiva" iar ceilalti erau "populatia activa" iar dependentia lor de servicii si institutii era descria in termeni de povara. Populatia era convinsa ca batranii doreau pensii cat mai mari si erau lacomi in a lua o felie cat mai mare din fondurile de asigurari de sanatate si securitate sociala (Harbison si Morrow, 1998). Se poate spune ca in ultimul deceniu al secolului XX atitudinea negativa asupra batranilor s-a institutionalizat si a contribuit la

promovarea imaginii publice a batranului ca o persoana fragila mental si fizic, neproductiva si reprezentand o povara pentru ceilalti; in multe privinte batranii devenisera “oaia neagra” sau “tapul ispasitor” pentru multe din problemele cu care oamenii se confruntau. Batranii erau demotivati in a-si construi o imagine pozitiva si a lupta pentru drepturile lor din cauza conceptiei dominante precum ca astfel ei ar deturna resursele atat de necesare pentru protectia copiilor (Chawla, 1991; Townson, 1996). Se crease astfel premisele pentru ca batranii sa-si nege ei insisi nevoile si drepturile si aceasta a continuat foarte multi timp ca o strategie incurajata de creatorii de politici sociale (Higgs, 1995). Mai mult, batranii incercau sa ignore sau sa nege segregarea si abuzurile la care erau supusi intr-o incercare de a-si mentine o identitate sociala pozitiva intr-o societate mereu mai ageista (Bytheway, 1995).

O alta tendinta a secolului XX a fost categorisirea conform varstei. Daca in sec. XIX celebrarea zilei de nastere era aleatorie in sec. XX ea a devenit regula in familie. Ea a inceput prin marcarea evenimentului nasterii copilului ca un eveniment care consolida relatia dintre parinti si copii si era marcata de cadouri si ceremonii speciale. Aceste ceremonii au devenit rutina familiei si s-au transformat in marcarea inexorabila a trecerii timpului si categorisirea membrilor familiei conform varstei in batran, tanar, matur si initierea unei dinamici mai subtile in interiorul familiei care presupunea o succesiune in functie de trecerea timpului (Bytheway, 2005).

Inceputul secolului XXI a adus schimbari importante in felul cum batranii au inceput sa fie priviti de societate si organisme internationale. Anul 2002 si conferinta UN de la Madrid consacra batranetii este punctul de cotitura. Batranii si problemele lor au inceput sa fie vizibile si acestea nu au mai intrat in conflict cu alte prioritati sociale. A fi batran astazi incepe sa fie considerat ca o virtute iar abuzul si prejudicial fata de acestia a inceput sa fie criminalizat. Toate acestea se reflecta in filozofia si activitatea lucratorului din criza care are in fata lui un batran indiferent de “crizele” care-l vor aduce in acest program.

2.3. Definitia abuzului fata de batrani:

Definitia abuzului fata de batrani a fost foarte importanta de la inceputul dezbaterii publice si academice asupra acestui fenomen si de ea a depins in ultima instanta identificarea si raspunsul fata de acest abuz.

Neglijarea si abuzul fata de batrani sunt fenomene care reflecta distinctia pe care o face la un moment dat societatea intre ceea ce e acceptabil si ceea ce nu e acceptabil in cazul

relatiilor interpersonale cu batranii si reflecta valorile, normele, credintele si stereotipurile dintr-un spatiu cultural.

Dupa cum se poate usor anticipa, definitia abuzului fata de batrani a prezentat o variabilitate mare in timp si de-a lungul diferitelor culturi. La aceasta s-a adaugat faptul ca felul cum percep batranii si profesionistii abuzul este destul de diferit. Se poate intelege astfel de ce nu au existat conditiile minime necesare pentru a face comparatii intre studiile epidemiologice si pentru a dezvolta instrumente confidente de detectie a abuzului (Hudson si Carlson, 1998). Toate considerentele referitor la abuzul fata de batrani au ramas la nivel national si astfel astazi vorbim, de exemplu, de abuzul la batrani in Anglia, in Israel sau in Africa de Sud, fara a putea vorbi prea multe de abuzul la batrani ca fenomen global. Exista inca dificultati conceptuale si metodologice in unificarea definitiilor nationale intr-una unanim acceptata si aceste dificultati reflecta modul particular de a concepe adversitatile fata de batrani din fiecare cultura in parte (Kosberg si colab. 2003). Exemplar pentru aceasta situatie este studiul lui Kosberg si Garcia (1995) care fac o analiza a definitiei abuzului la batrani in 10 tari diferite (Australia, Finlanda, Grecia, Hong Kong, Israel, India, Irlanda, Norvegia, Republica Sud-Africana si Polonia) si gasesc diferente notabile in formularea definitiei si in nivelul de interes fata de aceasta problema. Astfel, in Norvegia se include in definitie “dizarmonia familiala”, in Hong-Kong “indepartarea batranului” iar in India “lipsa de respect din partea nurorii”. O alta problema a fost evitarea “westernizarii” definitiei abuzului la batrani. Tarile vestice, insumand aici tarile dezvoltate economic, impartasesc in mare aceasi viziune si raspuns fata de aceasta problema, pe cand tarile in curs de dezvoltare percep aceasta problema prin prisma traditiilor si stereotipurilor culturale.

In 1988 s-au intrunit experti din 25 state reprezentand 12 discipline, care au dezbatut taxonomia abuzului la batrani si definitiile teoretice posibile. Atunci s-a facut un pas inainte in unificarea definitiilor dar propunerea avansata atunci a reprezentat punctual de vedere al profesionistilor dar nu a inglobat si perceptia publicului sau experienta subiectiva a celor care au fost victime. In Anexa Nr. 1 se prezinta definitia si taxonomia propusa de acest grup de experti (Hudson, 1991). Definitia abuzului fata de batran pe care Margaret Hudson a formulat-o cu acea ocazie a fost urmatoarea: *“Abuzul fata de batran reprezinta acel comportament daunator/agresiv/invaziv care este directionat catre un batran si care se petrece in contextual unei relatii care presupune incredere si care este suficient de frecvent si/sau intens ca sa produca efecte*

fizice, psihologice, sociale si/sau financiare sau suferinta, raniri, durere, pierderi si/sau violarea drepturilor umane si deteriorarea calitatii vietii batranului”.

Definitia cea mai utilizata este data de the International Network for the Prevention of Elder Abuse: *“Abuzul fata de batran este un act singular sau repetat sau lipsa unei actiuni adecvate, care se petrece in cadrul oricare relatii unde exista o premiza de incredere si grija, care cauzeaza daune sau distress unei persoane in varsta”* (World Health Organization, 2002). Organizatiei Mondiale a Sanatatii frazeaza usor diferit aceasta definitie intelegand prin abuzul fata de batran *“orice actiune intreprinsa de cineva dintr-o relatie de incredere care conduce la vatamarea sau distressul unei persoane in varsta”*. Neglijarea batranului inseaman *“lipsa actiunii persoanei dintr-o relatie de incredere care duce la acelasi rezultat”* (World Health Organization, 2002). Aceasta definitie a fost preluata de toate organismele Natiunilor Unite.

Cele mai frecvente forme de abuz fata de batrani sunt abuzul fizic, abuzul psihologic si cel financiar. In mod obisnuit se petrec mai multe forme de abuz in acelasi timp. Abuzul poate fi un singur incident sau poate fi repetat. Definitia de mai sus se concentreaza pe actul de violare a increderii dintre faptuitor si victima intr-o relatie asumata si continua si exclude abuzurile petrecute intamplator precum furturi sau violente fizice. Abuzul poate afecta pe oricine, in orice familie sau relatie si se poate intampla oamenilor de orice conditie, religie, rasa, cultura sau origine etnica.

Componentele esentiale ale acestei definitii sunt: (i) victima este o persoana in varsta conform normelor sociale, de exemplu peste varsta de 65 ani; (ii) faptuitorul poate avea orice varsta; (iii) victima poate fi barbat sau femeie; (iv) relatia dintre faptuitor si victima este o relatie continua precum dintre sotii, parteneri, copii adulti, alti membrii de familie, ingrijitori si presupune incredere si suport; (v) actul abuziv este actul intentional care creeaza vatamare/distress sau risc de vatamare/distress; (vi) actual abuziv poate fi si lipsa unei actiuni care poate conduce la vatamarea sau distressul batranului aflat in relatie cu faptuitorul; (vii) abuzul se produce printr-o dinamica/tactica prin care faptuitorul incearca sa instaureze o relatie de intimidare, control si putere asupra victimei; (viii) se presupune ca victima este incapabila sa se protejeze singura din cauza fragilitatii si/sau dizabilitatii. In general, definitia abuzului fata de batrani porneste de la premiza ca batranul este o persoana vulnerabila datorita declinului cognitiv si fizic datorat varstei si astfel nu este pe deplin capabil sa se protejeze sau sa se ingrijeasca singur ceea ce-l face sa promoveze explicit sau implicit o relatie de ingrijire

cu membrii de familie sau cu alti ingrijitori pe baza unor asteptari asumate, mutuale, formale sau informale, contractuale, in care increderea este elemental esential.

Alta definitie demna de mentionat aici este cea formulata de “Action on Elder Abuse”, un ONG din Marea Britanie implicat in protectia oamenilor in varsta si care pune in centrul acesteia violarea si/sau exploatarea intr-o relatie de incredere: *“Un act singular sau repetat sau lipsa actiunii necesare, aparut in cadrul oricarei relatii bazate pe incredere care cauzeaza vatamare sau distress unei persoane batrane”* (Action on Elder Abuse, 2010). National Center on Elder Abuse – NCEA (SUA) defineste abuzul ca *“orice act constient, intentional sau neglijent al unui ingrijitor sau oricarei alte persoane care cauzeaza vatamare sau risc serios de vatamare sau distress la un adult vulnerabil”* (NCEA, 2010). Pentru American Medical Association definitia abuzului cuprinde si neglijarea si ea este formulata in felul urmator: *“Abuzul fata de batran inseamna un act sau o omisiune care conduce la vatamare sau amenintarea cu vatamare a sanatatii si bunastarii persoanei in varsta. Abuzul include producerea cu intentie de vatamari fizice si mentale, abuz sexual sau refuzul de a furniza alimente, haine sau ingrijire medicala conform nevoilor fizice si mentale ale batranului pe care-l are in grija, custodie sau responsabilitate”* (American Medical Association, 1987).

O definitie importanta este cea a lui Eastman (1983) care spune ca prin abuz impotriva batranilor se intelege: *“abuzul fizic, emotional si psihologic fata de un batran de catre un ingrijitor formal sau informal. Abuzul este repatat si violeaza persoana umana si drepturile civile ale persoanei sau persoanelor care sunt dependente de acest faptuitor”*. Importanta acestei definitii este ca ea pune focusul pe drepturile civile ale batranilor si pe relatia de putere pe care o are cei ce ingrijesc batrani fata de cei pe care considera ca fiind dependenti de ingrijirea furnizata.

Definitiiile abuzului fata de batran care se folosesc in justitie sunt grevate de ambiguitatea de a recunoaste, detecta si descrie actele de abuz. Ele sunt prevazute in legislatiile nationale in functie de normale sociale, culturale si de drept din fiecare tara si ele cauta sa defineasca abuzul, natura si consecintele lui, faptuitorul si relatia cu victima, precum si actele abuzive si tipul lor. Exista totusi trei probleme comune pentru justitie: (i) a recunoaste daca persoana abuzata este vulnerabila si astfel daca implineste criteriul de a fi victima; (ii) care este definitia faptuitorului (*“o persoana in pozitie de incredere fata de victima”*) si (iii) care este

definita actului abuziv (daca actul poate fi considerat abuz si daca a fost facut cu intentia de a vatama).

Nu toate tratamentele rele la care ar fi supus batranul pot fi subsumate abuzului. Cel mai la indemana exemplu este cel al membrilor de familie confruntati cu dilema de a lasa batranul lor drag sa traiasca in continuare singur sau sa-l protejeze plasandu-l intr-o institutie pentru batrani. Aceasta decizie presupune de multe ori actiuni impotriva vointei batranului care poate protesta si considera ca este abuzat de membrii familiei lui.

In final trebuie remarcata stradania internationala de a conceptualiza cat mai acurat problematica abuzului la batran, de prea multe ori ascunsa sub alte probleme social-culturale care nu pun in pericol societatea si umanitatea cu pregnanta. A 2-a Adunare Mondiala asupra Batranetii (The Second World Assembly on Ageing – WAA) de la Madrid din 2002 a adoptat in unanimitate o declaratie politica si a lansat un plan strategic international numit “*Missing Voice: Views of Older Person on Elder Abuse*” (Bennet si colab. 2002) care are ca obiective:

- asigurarea drepturilor persoanelor invarsta;
- protectia batranilor fata de “abuz, violenta si neglijare” in toate situatiile;
- recunoasterea “rolului si contributiei” batranilor in societate.

In anul 2004, ONG-ul international “International Network for the Prevention of Elder Abuse – INPEA” care s-a transformat apoi in “International Association of Gerontology and Geriatrics” si a dobandit statutul de organizatie non-guvernamentala de pe langa Natiunile Unite a postulat urmatoarele activitati cu caracter international:

- popularizarea abuzului si neglijarii batranilor in constiinta publica;
- promovarea educatiei si instruirii profesionistilor;
- angajarea in lupta impotriva abuzului si neglijarii batranilor;
- stimularea cercetarilor privind cauzele, consecintele, prevalenta, tratamentul si preventia abuzului si neglijarii batranilor;

si a lansat agenda ei de cercetare ce cuprinde “*WorldView Environmental Scan on Elder Abuse*”, un mod de scanare a informatiilor mondiale, alaturi de resursele si serviciile disponibile despre abuzul la batrani (Podnieks si colab. 2010). Iata doar cateve din eforturile internationale care au avut ca scop conceptualizarea unui fenomen asa complex si oferirea profesionistilor implicati in identificarea si raspunsul fata de acest abuz a unui suport teoretic simplu si concret.

2.4. Felurile abuzului la batrani:

In mod obisnuit se recunosc sase tipuri de abuz fata de batran, abuzul fizic, sexual, financiar, psihologic, neglijarea si abandonul. Abuzul sexual si cel fizic merg de cele mai multe ori impreuna. In mod obisnuit aceste abuzuri sunt recunoascute de personalul medical sau de familie dupa semne exterioare corporale pentru ca batranii prezinta o serie de bariere psihologice in a destainui abuzul si faptuitorii. Neglijarea si mai ales abandonare batranului este o forma extrema de abuz si este la fel detectata de terti. Aceasta ultima forma de abuz nu trebuie confundata cu auto-neglijarea, situatie in care batranul renunta la ingrijirile fata de propria persoana. In contrast cu acestea, abuzul psihologic si cel financiar sunt forme mai insidioase si greu detectabile de catre altii. Acestea implica diferite forme de violare a increderii batranului, de la manipulare la intimidare si amenintare. In tabelul Nr. 2 se prezinta definitiile celor sase tipuri de abuz fata de batrani dupa Stein (1991), McCreadie (1996) si Anthony si colab. (2009).

La toate aceste forme uzuale de abuz, se mai pot adauga unele forme particulare: (i) abuzul medical, precum refuzul de a oferi si administra ingrijiri si proceduri medicale sau medicamente, (ii) abuzul legal precum violarea libertatii si /sau drepturilor umane, (iii) abuzul spiritual precum actele de ridiculare si de negare a credintelor spirituale/religioase (iv) abuzul cultural precum refuzul de a facilita participarea persoanelor in varsta la activitati culturale si (v) abuzul sistemic precum abuzul care izvoraste din structura si conceptiile dominante din institutiile statale, precum cele din sistemul medical sau sistemul juridic.

Tipul de abuz	Definitia
Abandonarea	Abdicarea si dezertarea de la indatoririle si responsabilitatile asumate de a furniza ingrijire unui batran de catre o persoana adulta si cu discernamant;
Abuzul emotional si psihologic	Cauzarea de durere sufleteasca si distress prin acte verbale si non-verbale precum abuz verbal, insulte, amenintari, intimidari, umilinte, hartuire, izolare; folosirea amenintarii, umilintei, batjocori, injuraturilor sau altor comportamente verbale sau a altor forme de cruzime mentala ce conduc la distress fizic si mental; orice act care diminueaza sensul de identitate, demnitate si valoare personale a unui batran;
Exploatarea financiara/materiala	Folosirea ilegala, neautorizata sau improprie de fonduri, proprietati sau valori incluzand bani, cecuri, certificate de investitie, actiuni fara autorizare sau permisiune; falsificarea semnaturii, furtul de bani sau alte posesiuni, fortarea sau mintirea in vederea semnarii unui document; folosirea improprie a calitatii de tutore;

Neglijarea	Refuzul sau negarea ducerii la indeplinire, partiala sau totala, a obligatiilor sau sarcinilor fata de un batran incluzand furnizarea mancarii, apei, imbracamintii, locuintei, igienei personale, ingrijirii medicale si medicamentelor, confortului si sigurantei personale; stoparea voluntara sau nevoluntara a obligatiilor si indatoririlor de ingrijire fata de batran;
Abuzul fizic	Folosirea fortei fizice conducand la vatamari corporale, durere fizica, raniri; folosirea inadecvata de medicamente sau de contentionari fizice, alimentatie fortata si pedepse fizice; orice folosire neaccidentala a fortei ce conduce la injurii corporale, durere sau afectari organice;
Abuzul sexual	Orice fel de contact sau expunere sexuala neconsensuala incluzand atingeri nedorite, agresiuni si violenta sexuala; implicare directa sau indirecta in activitati sexuale fara consimtamant;

Tabelul Nr. 2: Definitile diferitelor tipuri de abuz fata de batrani (dupa Stein, 1991; McCreadie, 1996; Anthony si colab. 2009).

Referitor la neglijare, unii autori disting intre neglijarea activa si pasiva; neglijarea activa fiind refuzul sau oprirea indeplinirii obligatiilor de ingrijire, inclusiv incercarea constienta si intentionala de a provoca stress fizic si emotional batranului, iar neglijarea pasiva se refera la refuzul sau oprirea ingrijirii care emana dintr-o relatie interumana asumata dar care exclude incercarea constienta si intentionala de a provoca stress batranului (Loue, 2001).

In tabelul Nr. 3 este prezentat un inventar al actelor abusive fata de batrani, inventar care poate ajuta la recunoasterea si incadrarea lor in diferite clase de abuz.

2.5. Prevalenta abuzului la batrani:

Interesul societatii pentru evaluarea magnitudinii abuzului fata de batrani a urmat aceiasi panta lenta cu cea a aparitiei acestui fenomen in constiinta individuala. La aceasta se adauga faptul ca studiile epidemiologice au fost marcate de lipsa de unitate metodologica, de deficiente de esantionare si de inconsistenta instrumentelor de masura. Abia in ultimele doua decenii se poate vorbi de studii cu metodologie adecvata care sa permita evaluarea acestui fenomen atat la scara globala cat si in comparatii intre natiuni. Astfel, McDonald (2011) inventariaza cateva studii pe esantioane nationale pentru a compara prevalenta abuzului in diferite culture si gaseste o variatie a prevalentei pe un an ce se intinde de la 2,6% in Marea Britanie, 5,6% in Olanda, 14% in India, 18,4% in Israel la 29,3% in Spania. Cooper si colab. (2008) fac o riguroasa trecere in revista a studiilor privind prevalenta abuzului fata de batrani in 322 de studii din care retin doar 80 dintre ele care raporta incidenta si prevalenta

fenomenului cu o metodologie adecvata. Rezultatele acestui studiu sunt prezentate in Tabelul Nr. 4.

1. Abuzul fizic (folosirea fortei cauzand discomfort, injurie fizica, durere si/sau afectari somatice)	- speriere, amenintare cu recurgerea la forta
	- lovire
	- impingere
	- scuturare
	- palmuire
	- lovire cu piciorul
	- lovire cu un obiect
	- expunere deliberata la vreme nefavorabila
	- contentiune fizica sau cu ajutorul medicamentelor
	- provocarea de arsuri
	- prinderea/apucarea de maini
	- strangulare
2. Abuzul psihologic/emotional (poate lua forma agresiunii verbale, umilire, izolare, intimidare, amenintare si control conducand la diminuarea sau abolirea sensului identitatii, stimei de sine, valorii personale si provocand frica, anxietate si stress)	- insulte
	- amenintari
	- intimidari
	- umilinte
	- hartuire
	- santaj
	- tratamarea ca pe un copil sau ca pe o persoana deficiente intelectual
	- izolarea fata de familie, prieteni sau activitati uzuale
	- decaderea din procesul de luare a deciziilor
	- manipularea prin gradarea exprimarii afectiunii
	- refuzul de a vorbi in nume propriu
	- ruina stimei de sine
- refuzul/nerespectarea spatiului privat	
3. Abuzul financiar/material (folosirea incorecta a foderilor si proprietatilor batranului prin fraudă, inselaciune, hotie sau forta)	- lipsa de onestitate in gestionarea banilor si posesiunilor
	- inselaciune, minciuna
	- furt de bani sau valori
	- inselaciune cu carti de credit
	- inselaciune cu cecuri si conturi de banca
	- falsificare de semnatura
	- falsificare testament si/sau alte documente
	- interferenta in deciziile financiare
	- solicitare de bani sub amenintarea fortei
	- presiuni pentru formarea de convingeri false privind banii
4. Neglijarea (intentionata sau neintentionata de a implini necesitatile de ingrijire si protectie)	- nu furnizeaza apa si alimente
	- nu furnizeaza locuinta
	- nu furnizeaza haine
	- nu furnizeaza medicamente si asistenta medicala
	- nu furnizeaza asistenta pentru nevoile de baza
	- nu furnizeaza siguranta, caldura si confort
	- impiedeca contactele sociale
	- lipsa de ajutor in igiena personala
	- nu furnizeaza echipamente de ajutor/prostetice (carucior cu rotile, proteze auditive, ochelari, baston, carje, etc)
	- nu furnizeaza supraveghere atunci cand este necesar
- nepasare fata de riscuri si prevenirea lor	

5. Abuzul sexual (toate formele nedorite de activitate, comportament si hartuire sexuala)	- comportament sexual sugestiv sau verbal
	- atingeri cu caracter sexual
	- lipsa de pudoare
	- constrangeri de a face acte degradante
	- contact sexual nedorit
	- ajutor nedorit/nesolicitat la imbracare sau igiena intima
5. Abandonarea: Abdicarea/dezertarea de la obligatiile/responsabilitatile/morala de a furniza ingrijire sau protectie batranului fata de care avea aceasta obligatie (formala sau informala, legala sau nelegala)	

Tabelul Nr. 3: Inventar cu actele de abuz fata de batran in functie de tipologia lor

Prevalenta generala a abuzului gasita in 21 studii		- intre 3,2% si 27,5% (in 80 studii) - 6,3% din batrani raporteaza abuz semnificativ in ultima luna; - 5,6% din cupluri de batrani raporteaza violenta fizica intre ei in ultimul an;
Prevalenta pe esantioane nationale	Esantion din India (Chokkanathan S, Lee AEY, 2005)	- 10,8% abuz verbal; - 5% abuz financiar; - 4,3% abuz fizic; - 4,3% neglijare.
	Esantion din Anglia (Ogg J & Bennett G, 1992)	- 1,7% abuz fizic; - 1,5% abuz financiar; - 5,6% abuz verbal.
	Esantion din Canada (Podkieks E, 1992)	- 1,4% abuz verbal; - 0,4% neglijare de mai mult de 10 ori; - 0,5% abuz fizic; - 2,5% abuz financiar.
	Esantion din Germania (Wetzels P & Greve W, 1996)	- 3,4% abuz fizic; - 1,3% abuz financiar; - 2,7% neglijare; - 0,8% ≥ 10 abuz verbal; - 3,1% prevalenta generala a abuzului fata de batrani
	Esantion din Amsterdam - Olanda (Comijs HC at al. 1998)	- 3,2% abuz verbal; - 0,2% neglijare ≥ 10 ori; - 1,2% abuz fizic; - 1,4% abuz financiar.
Pentru populatia de batrani dependenti de altii (cu diferite dizabilitati)		- 1/4 din batranii dependenti raporteaza abuz psihologic semnificativ; - 1% raporteaza abuz fizic; - 1/5 se prezinta la serviciul de garda cu probleme de neglijare a ingrijirii; - 6% - 18% prezinta abuz financiar (studii nevalidate).
Abuzul comis de personal de ingrijire		- 16% din personalul de ingrijire din institutii de ingrijire pe termen lung a recunoscut ca a comis abuz psihologic fata de batranii pe care-i ingrijeau; - 10% din personalul de ingrijire a admis comiterea de acte de abuz fizic; - peste 80% din personalul din camine de batrani au afirmat ca au observat acte de abuz impotriva batranilor; - doar 2% din personalul de conducere au afirmat acelasi lucru.

Concluzie generala		<ul style="list-style-type: none"> - Mai mult de 6% din batranii din populatia generala, 1/4 din batranii vulnerabili si 1/3 din ingrijitori raporteaza abuz semnificativ dar numai o proportie mica din acesta este cunoscuta serviciilor de protectie a batranilor; - Unul din sase profesionisti de ingrijire a batranilor raporteaza comiterea de acte de abuz si doar 1/4 - 1/5 din ei spun ca au observat astfel de acte de abuz; - Batranii vulnerabili raporteaza mai des abuzul facut impotriva lor decat ceilalti batrani.
---------------------------	--	---

Tabelul Nr. 4: Concluziile trecerii in revista a 80 studii internationale privind prevalenta abuzului la batrani (dupa Cooper si colab. 2008)

Pentru Canada, Institutul de Statistica si Institutul pentru Familie si Casatorie publica urmatoarele date referitor la abuzul fizic fata de batrani, valabile pentru anul 2005: (i) au fost 160 de incidente violente la 100.000 batrani, de 14 ori mai putin decat pentru gurma de varsta 15-24 ani; (ii) 47 femei peste 65 ani la 100.000 au fost victima violentei membrilor de familie comparativ cu 36 barbati la aceiasi varsta; (iii) au fost 52 violente familiale la 100.000 la batranii intre 65-73; 34 la 100.000 la batranii intre 75-84 si 22 la 100.000 la cei peste 84 ani (Canadian Elder Abuse Statistics, 2009). Canadian Center for Justice Statistics (2000) gaseste ca 7% din batrani au experimentat o forma de abuz emotional, 1% abuz financiar si 1% abuz fizic si sexual in ultimii 5 ani.

In Israel, un studiu epidemiologic pe un esantion reprezentativ pentru populatia generala arata ca 18,4% din populatia batrana a fost expusa la cel putin un tip de abuz sau neglijare in ultimele 12 luni iar procentul cel mai mare este pentru abuz economic (6%) si verbal (4%) (National Survey on Elder Abuse and Neglect, 2004). In SUA, intre anii 2000 si 2005 au fost raportate 87.422 acte de abuz impotriva batranilor la institutiile abilitate pentru colectarea de astfel de evenimente si apoi inaintate catre politie. Barbatii au fost implicati in 72% din evenimente, 36% au implicat relatii dintre batrani si cunoscuti si numai 24% relatii dintre parinti si copii, iar cele mai frecvente tipuri de abuz au fost intimidarea (33%) urmata de abuzuri fizice (14%) (Krienert si colab. 2009). Cripps (2000), citat de Kurrle si Naughtin (2008) gaseste pe un esantion din populatia urbana si rurala din Australia, intervievat la telefon, ca 2,7% din batranii peste 65 ani au trait un act de abuz, cel mai frecvent fiind cel psihologic, urmat de cel financiar. Din pacate nu am putut gasi studii si statistici confidente pentru Romania pentru a le adauga la acesta analiza.

2.6. Locurile unde se poate petrece abuzul:

Locurile unde se pot petrece abuzurile fata de batrani depind de situatia locativa si raporturile de ingrijire pe care batranii si familia lor le stabilesc si/sau comunitatea le ofera. In general batranii au trei obtiuni disponibile pentru a-si vedea implinite nevoile aduse de batranete:

- (i) sa se ingrijeasca ei insisi;
- (ii) sa primeasca ingrijiri de la familie, precum copii, cu sau fara ajutorul altora;
- (iii) sa primeasca ingrijiri in institutii specifice precum camine de batrani sau institutii pentru ingrijiri pe termen lung.

Abuzul si neglijarea se poate petrece in oricare din aceste situatii, dar majoritatea cazurilor de abuz se petrec in familie, provocate de partener/sot sau de copii (Loue, 2001). Dupa O'Keefe si colab. (2007) 2,6% din batranii de peste 65 ani traind la domiciliul lor raporteaza ca au fost abuzati de un membru de familie, prieten apropiat sau de un ingrijitor in ultimul an. Mai mult de 90% din cazurile de abuz contra batranilor sunt produse de persoane cunoscute acestora si in mod covarsitor de rudele apropiate batranilor (Brandl si Horan, 2002).

Conform statisticii facuta de Action on Elder Abuse (2004), un ONG din Marea Britanie implicat in raspunsul fata de abuzul batranilor, 64% din batranii care suna la linia de criza solicitand suport pentru abuzurile la care au fost supusi sunt batrani care locuiesc in casa lor si doar 23% din cei care telefoneaza locuiesc in institutii de ingrijire pe termenul lung pentru batrani. O proportie mai mica au reclamat abuzuri la care au fost supusi in spitale (5%) sau in camine de batrani (4%). Aceasta situatie este explicabila prin faptul ca din ce in ce mai multi batrani traiesc la ei acasa, in familie sau singuri si doar o proportie mica sunt in institutii specifice pentru batrani precum camine pentru batrani, camine pentru boli cronice, etc. Doar batranii la varste foarte inaintate sau cu dizabilitati sau tulburari de functionare care i-au facut sa-si piarda autonomia tind sa se duca in astfel de institutii. In functie de tipul de abuz, batranii care locuiesc inca in casa lor sau in camine de batrani raporteaza mai mult abuzuri psihologice, pe cand cei din spitale sau din camine pentru boli cronice raporteaza mai mult abuzuri fizice si neglijare. Relativ la faptuitori, cei mai multi au fost reprezentati de rudele batranilor si doar 26% au fost ingrijitori personali si 10% surori medicale.

Referitor la abuzul din familie, cel mai des acesta se petrece in relatiile dintre parintii batrani si copii adulti sau intre sotii (Crichton si colab. 1999). In general aceasta situatie scapa

de sub controlul agentilor abilitate cu protectia batranilor din cauza reticentei batranilor de a raporta astfel de abuzuri. O alta caracteristica este ca abuzurile din familie sunt mai mult detectate si raportate de altii decat de membri familiei. Acestia din urma evita sa raporteze astfel de abuzuri din cauza repercursiunilor legale, de frica ca batranul sa nu fie mutat din casa, de jena de a fi cunoscut ca abuziv cu batranii din familie sau din lipsa unei demarcatii exacte dintre ceea ce inseamna abuz si ce nu in familie (Fitzpatrick si Hamill, 2011).

In schimb, abuzurile fata de batrani facute de ingrijitori personali acasa sau in institutii sunt mai usor identificabile si ele sunt astfel in focusul programelor de combatere si preventie. Cresterea dramatica a numarului de batrani si abordarea post-moderna a realitatii face ca sa regandim conceptele de solidaritate sociala, obligatie si mutualitate dintre generatii. Conceptele de echitate generationala sau justitie intergenerationala s-au schimbat de-a lungul ultimelor decenii si contactul dintre generatii nu mai este asa de neted (Lowenstein, 2009). Tinerii se simt complexiti, stresati si uneori chiar degrevati de grija fata de antecesorii si se asista din ce in ce mai frecvent la externalizarea ingrijirilor batranilor. Din ce in ce mai multi batrani traiesc singuri si sunt ingrijiti de ingrijitori profesioniști acasa la ei sau apeleaza la ingrijiri rezidentiale specifice. Aceasta face ca si locul si fapturitorii abuzului sa se mute de la familie la altii, din afara ei. Astfel, abuzul in institutiile pentru ingrijirea batranilor (“nursing homes”) este un lucru comun si o problema majora in Statele Unite si Avocatul Poporului a investigat in anul 2003 peste 20.000 de plangeri fata de astfel de abuzuri. In statul Georgia (SUA) 38% din rezidentii ai astfel de institutii raporteaza abuzuri comise impotriva lor si 45% din ei spun ca au fost tinta unor tratamente “dure” (O’Brien, 2010).

McDonald (2011) trece in revista prevalenta si structura abuzurilor in institutii de batrani pe mai multe esantioane nationale precum Germania, Finlanda, Norvegia, Suedia, Statele Unite. Autoare constata ca este foarte greu sa faci o astfel de comparatie cand esantioanele, locurile de recrutare a respondentilor, varsta, modul de culegere a informatiei si tipul de institutie este diferit de la un studiu la altul. Ceea ce a fost remarcabil in toate studiile a fost capacitatea personalului de ingrijire de a auto-raporta abuzurile pe care le-au facut fata de batranii in grija. Cel mai frecvent abuz recunoscut de personalul de ingrijire din institutii a fost abuzul psihologic, apoi cel fizic urmat de neglijare. Interesant este ca membri de familie a batranilor internati raporteaza un procent mai mic de abuzuri decat cele recunoasute de personal. Alt lucru demn de subliniat este ca batranii din institutiile de ingrijire pe termen lung

care au experimentat un tip de abuz raporteaza in peste jumatate din cazuri si alt tip de abuz faptuit de personalul de ingrijire, ceea ce subliniaza vulnerabilitatea acestora in fata ingrijitorilor. Batranii cu forme de dementa, cu dizabilitati mentale sau fizice severe sunt tinta acestor multiple forme de abuz (Post si colab. 2010). Cu toate acestea, Marshall si colab (2000) sustin ca abuzul fata de batrani este cu mult mai sever si mai frecvent in comunitate decat in institutii, numai ca deficiente metodologice si de raportare fac ca acesta sa nu poate fi evidenciat cifric.

2.7. Factorii de risc ai abuzului fata de batrani

Comentatori ai post-modernismului Giddens (1999) si Beck (1999) spuneau ca una din trasaturile caracteristici ale timpului nostru este cresterea reala si subiectiva a riscului din societate. Acest risc a devenit principiul organizator fundamental al comportamentului social actual si vocabularul, care altadata era destinat riscului financiar sau al conflictelor geopolitice, a intrat in limbajul comun pentru a descrie riscul vietii noastre de toate zilele, preocupare cu ceea ce este incert, frica de deznodamant, obsesia de a controla si securiza aspecte comune de viata care alta data era luate ca atare (“taken for granted”). Aceasta s-a reflectat si asupra relatiei interpersonale care a inceput sa fie privita ca o relatie riscanta atat in familie cat si in afara ei. Relatiile care odata erau organizate pe baze reflexive si conduceau la auto-actualizare astazi sunt instabile, incerte, frustrante, riscante si chiar daunatoare. Aceasta se traduce prin nevoia de a negocia, defini si justifica relatiile dintre membri familiei in mod constant cu scopul de a mentine impreuna pe membri sai. Beck si Beck-Gersheim (2002) a conceptualizat familia de astazi ca “*familie post-familiala*” ca o institutie care nu mai este structurata in jurul normelor obligatorii, ci din contra, a devenit o “asociatie electiva” de persoane care stau impreuna pentru a atinge niste scopuri comune. Familia a devenit un loc al relatiilor democratice si egalitariene cu pretul cresterii incertitudinii, instabilitatii, dinamismului ce a dus la amplificarea de riscuri mai vechi sau mai noi si a facut necesara reconcilierea permanenta a nevoii de individualizare, a tendintelor centrifuge, a conflictelor intergenerationale si a nevoii de ingrijire a copiilor si batranilor. Unul din aceste riscuri este statutul batranilor in familie si problema abuzului fata de ei.

2.7.1. Cine este victima abuzului?

De la inceput trebuie spus ca victima abuzului poate fi oricine de peste 65 ani aflat in orice fel de relatie cu ceilalti si traind in familia proprie, in alta familie, singur sau intr-un alt tip de rezidenta. Nu exista ceva sau cineva care poate sa-l poata proteja pe un batran de un abuz. Acest tip de abuz se petrece cu batranii indiferent de sex, nivel intelectual sau apartenenta etnica, religioasa, socio-economica sau culturala. Daca un batran va trece prin viata fara sa fi fost tinta vreunui act de abuz inseamna ca a fost norocos!

Noua din zece canadieni (90,5%) au achiesat la urmatoarea asertiune: *“Cresterea constiintei publice referitor la drepturile batranilor de a trai in siguranta si demnitate este cea mai importanta problema a guvernantilor”* (ancheta efectuata de Environics pe un esantion de 3.001 canadieni incluzand 718 batrani peste 65 ani, condus in lunile Mai – Iunie 2008). O explicatie evolutionista a intrebarii de ce sunt batranii subiect de abuz a fost data de Kurzban and Leary (2001) care spunea ca originea abuzului sta in stigmatizarea batranilor pe baza unei balante cost/beneficiu care sta la baza selectiei trasaturilor adaptative pozitive. Astfel, exista in familie ca si in societate un fel de ambivalenta intre dorinta de a furniza ajutor batranilor alaturi de tendinta instinctiva de a-i stigmatiza si indeparta.

Important pentru profesionistul din programul de programul de criza este sa nu se intrebe de ce batranii sunt abuzati in general ci cine este baranul din fata sa si cum sa-l ajute mai bine. Ajutandu-l pe acesta vor fi ajutati si ceilalti batrani. De la inceput este important sa se deceleze factorii de risc care au contribuit la abuzul pentru care batranul este in programul de criza. Pentru Bonnie si Wallace (2003) factori de risc sunt *“acele experiente, comportamente si aspecte ale stilului de viata sau ambiantei sau caracteristici personale care cresc sansele ca un batran sa fie tinta unui abuz”*. Decelarea factorilor de risc este importanta pentru ca de ei poate depinde deznodamantul pe termen lung al abuzului, respectiv permanentizarea sau stoparea lui.

Majoritatea celor care raporteza ca au fost victima abuzului sunt femeile (O’Keeffe si colab. 2007). Faptul ca femeile sufera mai multe abuzuri decat barbatii reflecta realitatea ca femeile traiesc mai mult decat barbatii si din cauza aceasta vor trai mai mult timp singure si in nevoie de a fi ingrijite in aceasta perioada, pe cand barbatii traiesc mai putin si raman pana la moarte impreuna cu partenera/sotia lor (McCreadie, 1996). Barbatii sunt mai reticenti decat femeile in a dezvalui abuzul la care au fost supusi, dar de fapt se crede ca ei sunt mult mai des

subiectul abuzului (Pritchard, 2001). Dupa o statistica facuta conform apelurilor telefonice la linia de criza reclamand abuz si suport, grupa de varsta 65-69 ani prezinta abuz in proportie de 17.7%, cea cuprinsa intre 70-79 a raportat abuz in 22,9% din cazuri, iar grupa de varsta 80-89 pare cea mai vulnerabila cu o proportie de 39,2% (Action on Elder Abuse, 2004).

Studii intreprinse in Marea Britanie au aratat ca cei mai constanti factori de risc pentru abuz sunt statutul marital, depresia, calitatea vietii, folosirea medicatiei si sexul feminin (McDonald, 2011). Alt factor important de risc este capabilitatea fizica si psihologica a batranului. Batranii cu deficiente fizice, mobilitate redusa, dificultati in auto-ingrijire sunt cei mai predispusi la abuzuri (O’Kueeffe, 2007). La fel, batranii cu probleme psihologice ca cei cu probleme de memorie, anxietate, tulburari de somn sau mai ales cei cu dementa reprezinta o alta categorie de persoane vulnerabile. Mai exista si factori de risc ce par similari cu cei din alte forme de violenta familiala, precum proasta calitate a relatiilor, preexistenta unei model de violenta in familie, dependenta de faptuitor, consumul de alcool si droguri, izolarea sociala. In Tabelul Nr. 5 sunt inventariati cativa din factorii care fac batranul mult mai vulnerabil la abuz (Anthony si colab. 2009).

Domeniul	Factorii de risc
Caracteristici individuale	- Varsta avansata (peste 75 ani)
	- Sexul feminine
	- Statutul marital
	- Abilitati inadecvate de a comunica
Sanatate fizica si mentala	- Diminuarea capacitatii mentale (de ex. boala Alzheimer si alte forme de dementa)
	- Tulburari mentale, in special depresia
	- Folosirea medicatiei
	- Afectare cognitiva sau functionala, deficit intelectual
	- Boli cronice
	- Impulsivitate si trasaturi agresive
	- Dificultati in activitatea zilnica/domestica ce limiteaza independenta persoanei
	- Nevoi sporite sau speciale de ingrijire
Factori sociali/relationali	- Izolare sociala
	- Dependenta de ingrijitor
	- Convietuire cu ingrijitori potential abuzivi sau exploatativi
	- Lipsa de relatii familiale stranse
	- Lipsa de suport in comunitate sau acces la resurse
Factori economici	- Situatii locative inadecvate sau nesiguranta privind locuinta
	- Evidenta de exploatare financiara

Tabelul Nr. 5: Factorii de risc care contribuie la probabilitatea ca un batran sa fie abuzat (modificat dupa Anthony si colab. 2009).

2.7.2. Cine sunt faptuitorii:

Cine abuzeaza batranii? Ei sunt abuzati de persoane pe care le cunosc si in care au avut incredere fie ca sunt membrii de familie, prieteni, cunoscuti sau persoane de ingrijire medicala sau generala. In multe situatii abuzivul este dependent de batran in baza unui intelegeri sau contract, pe baza unor beneficii banesti, alimentatie sau locuinta. Astfel, cercetatori au pus accentual pe relatiile care exista intre persoana abuziva si batran, pe durata relatiei de ingrijire care exista intre ei si pe caracteristicile individuale ale faptuitorului/abuzivului. Conform definitiei utilizate in SUA un ingrijitor este *“o persoana sau o institutie care si-a asumat responsabilitatea de a furniza ingrijire pentru mentinerea sanatatii mentale si fizice a batranului. Aceasta responsabilitate poate fi asumata voluntar, prin contract, prin platirea ingrijiri, ca rezultat al relatiei de familie sau prin ordin judecatoresc”* (Loue, 2001).

Erlingsson si colab. (2003) gasesc 263 de factori de risc pentru abuzul fata de batrani apartinand persoanei abusive dar valoarea multora dintre acestia este incerta. Totusi exista factori de risc care au fost validati de numeroase studii si printre acestia cei mai des incriminati sunt: (i) domiciliu comun intre victima si faptuitor; (ii) izolare sociala si retea sociala de suport defectoasa; (iii) prezenta tulburarilor psihice, in special depresia; (iv) trasaturi de ostilitate; (v) folosirea de alcool si (vi) dependenta abuzivului de batranul abuzat (McDonald, 2011). O alta caracteristica gasita constant este aceea ca de cele mai multe ori batranul este abuzat de partenerul sau si mai rar de copii sau de alti membrii de familie (Pillemer si Suitor, 1992), dar nu toata lumea este de accord cu aceasta constatare. Barbatii sunt cel mai bine reprezentati in mai toate formele de abuz impotriva batranilor (O’Keefe si colab. 2007). Barbatii ca ingrijitori sunt cel mai frecvent implicati in abandon (83%), abuz fizic (63%), abuz emotional (60%) si exploatare financiara (59%) (National Center on Elder Abuse, 1998). In acelasi timp s-a cautat sa se gaseasca o corelatie dintre diferitele tipuri de abuz si caracteristicile faptuitorului. Astfel s-a gasit ca abuzul psihologic si cel fizic este facut mai frecvent de indivizii cu probleme psihopatologice si/sau dependenti financiar de victima (Wolf si Pillemer, 1989). Comparativ cu alte locuri de abuz, cel mai des abuzul se petrece in familie de catre membrii familiei batranului, iar datele din literature sunt conflictuale privind locul pe care-l detine partenerul sau copiii victimei in rolul de abuzivi. In statistica facuta de Action on Elder Abuse (2004) copii sunt pe primul loc cu 50% abuzuri, fata de parteneri (sot/sotie, concubin/concubina) cu 23%.

Oricum membrii de familie detin o pondere de 87% din abuzuri, fata de doar 26% abuzuri comise de alti ingrijitorii care vin sa-l ingrijeasca la el acasa (Action on Elder Abuse, 2004).

Ramsey-Klawnsnik (2000) face o tipologie a abuzivului conform datelor obtinute in expertizarea cazurilor forensice si delimiteaza cinci clase de faptuitori:

- (i) abuzivul suprasolicitat care este de obicei bine intentionat, bine echipat pentru a fi ingrijitor, dar ajunge sa fie abuziv din cauza suprasolicitatii la care este supus de batran;
- (ii) abuzivul cu probleme, care este si el bine intentionat, dar care prezinta anumite afectiuni fizice sau mentale care-l fac sa nu fie calificat pentru rolul de ingrijitor;
- (iii) abuzivul narcisiac care devine ingrijitor anticipand beneficiul de pe urma relatiei cu batranul si care este preocupat de satisfacerea nevoilor proprii in detrimentul celor ale ingrijitului;
- (iv) abuzivul dominator cu trasaturi de personalitate de a blama si ataca pe altii si care tinde sa externalizeze problemele si responsabilitatile;
- (v) abuzivul sadic este cel cu trasaturi antisociale care isi ia sentimentul de putere din umilirea si chinuirea celorlalti.

In tabelul Nr. 6 se prezinta o lista sintetica a factorilor de risc care apartin faptuitorului

Domeniu	Factori de risc
Caracteristici individuale	- Varsta mai tanara decat cea a victimei
	- Sexul masculin
	- Membru de familie (sot/sotie, concubina/concubin, fiu/fica)
	- Incapacitate de a intelege si percepe nevoile batranului
	- Deficit intelectual
Probleme de sanatate fizica/psihica	- Consum de alcool si/sau droguri
	- Probleme psihiatrice netratate, in special depresia
	- Istorie de violenta sau comportament antisocial
	- Prost control al impulsurilor
	- Tulburari de personalitate
Factori sociali/relationali	- Stress familial
	- Stress legat de activitatea pe care o face, epuizare
	- Locuieste cu victima sub acelasi acoperis
	- Dependenta de victima cu privire la locuinta, transport sau bani
	- Stress sever lagat de boli, pierderea locului de munca, etc.
Factori economici	- Probleme financiare

Tabelul Nr. 6: Lista cu factorii de risc apartinand faptuitorului (modificat dupa Anthony si colab. 2009).

2.7.3. Factorii de risc ai abuzului in institutiile de batrani:

Printre cei care pot abuza un batran este si institutia de ingrijire a batranului care, in acest context, are acelasi statut ca si ingrijitorul individual in ceea ce priveste increderea cu care este investita, responsabilitatea si incadrarea in definitia abuzului, cu deosebirea ca aici variabilele luate in calcul sunt cele ambientale, de management si de profesionalism ale personalului institutiei ca intreg si nu numai un ingrijitor anume. Un numar de variabile ambientale ale institutiilor de ingrijire a batranului au fost luate in considerare ca si factori de risc pentru abuz si neglijare a batranului. Dupa Loue (2001) aceste variabile care pot conduce la abuz sunt:

- (i) standardizarea procedurilor conform unei persoane tip ce face greoaie personalizarea ingrijirii dupa necesitatile fiecarui resident;
- (ii) tendinta de a trata batranii din institutie ca o populatie omogena, ceea ce duce la imposibilitatea de a identifica particularitatile fiecarui caz in parte;
- (iii) formularea de standarde de ingrijire rigide care ignora satisfactia subiectului fata de ingrijirea acordata;
- (iv) "cultura a institutiei" care prevaleaza asupra intereselor subiectului;
- (v) tipizarea canalelor de comunicare care bareaza comunicarea informala cu subiectul;
- (vi) predominanta abordarii custodiale al ingrijirii si transformarea subiectul intr-un receptacol pasiva ingrijirii;
- (vii) izolarea institutiei de comunitatea in care este plasata.

Alti factori de risc sunt dati de faptul ca acest tip de institutii functioneaza pe baze financiare si relatia cu batranul este construita in jurul capacitatii acestuia de a plati ingrijirile oferite. Pe de alta parte, personalul din aceste institutii nu este remunerat corespunzator ceea ce conduce la lipsa cronica de personal inalt calificat. La toate acestea se mai adauga lipsa de instruire si supervizare a personalului, lipsa de proceduri adecvate care sa evite contentia batranilor agitati, tendinta personalului de a cauta revansa fata de batranii agitati sau turbulenti, lipsa unui cod de conduita care sa evite abuzul si a unui cod etic care sa duca la respectarea teritoriilor si limitelor dintre ingrijitori si ingrijiti (McDonald, 2011). In ciuda imaginii populare ca abuzul in aceste institutii este dat de suprasolicitarea si epuizarea personalului de ingrijire, studii riguroase nu au constatat nici o corelatie intre nivelul abuzului si aglomerarea sarcinilor de serviciu a personalului (Wolf, 2000). Nu trebuie ignorata nici tendinta de

impiedicare permanenta a batranilor de a raporta abuzul atat in interiorul institutiei cat si in afara ei si de a-i considera pe cei care isi cauta drepturile ca persoane turbulente si belicoase in contextual deteriorarii cognitive si a ideatiei paranoide datorate varstei inaintate.

Cel mai ades abuzul fata de batrani se petrece in institutiile de ingrijiri pe termen lung, cu 53% din cazuri, fata de spitale, cu 13% sau adaposturi pentru batrani cu 5%. Dintre profesiile cel mai des implicate sunt: ingrijitorii directi, cu 49%, surorile cu 11%, asistenti sociali, cu 5%, doctori de spital, cu 3%, si medici de medicina generala, cu 3% (Action on Elder Abuse, 2004).

Studii calitative recente au adaugat si factori protectivi in ecuatie abuzului incluzand aici factorii de personalitate, familia suportiva si legaturile sociale (Brozowski si Hall, 2003). Acesti factori protectivi actioneaza prin contrabalansarea greutatii factorilor de risc sau chiar prin alterarea prezentei acestora si astfel descreasc probabilitatea ca un abuz sa se petreaca (Bonnie si Wallace, 2003).

In incheierea acestei sectiuni consacrate abuzului fata de batrani tin sa amintesc ca exista critici care spun ca studiile din acest domeniu s-au canalizat asupra problemei definitiei, a considerentelor metodologice si au ignorat realitatea dura a vietii batranilor (Erlingson, 2007). Vocea acestora s-a auzit foarte putin prin aceste studii si e rolul profesionistilor sa se faca porta-voce pentru a arata cum batranii se constituie intr-un grup social oprimat prin includerea lor intr-un sistem de dominare si subordonare unde indivizii sunt categorisiti in functie de variabile lipsite de etica. Oprimarea sociala a batranilor promoveaza o balanta de putere in defavoarea lor si permanentizeaza abuzul. Astfel, Walsh si colab (2009) conduc un "focus group" cu scopul de a analiza modurile prin care societatea priveste batranii si identifica cateva din temele oprimarii acestora: (i) ageismul, batranii fiind tratati "*ca un copil*", ca un "*incompetent*", ca "*ceva de aruncat la gunoi*" "*o tinta usoara*" sau "*mai putin uman*"; (ii) sexismul, ceea ce explica de ce femeile batrane sunt mai frecvent abuzate, ele fiind privite ca "*sex slab*" sau "*fara aparare*"; (iii) dizabilitatea, batranii fiind priviti ca lipsiti de aparare din cauza slabiciunii fizice si mentale; (iv) clasism, batranii fiind asociati cu saracia, lipsa de mijloace, limitarea autonomiei, ceea ce in face "*saraci si abuzati*". Participantii la acest "Focus grup" au furnizat nenumarate modalitati prin care forme variate de opresiune sunt intretesute unele cu altele la nivel micro- si macro-social si tendinta lor de a se perpetua in narativele comune ale culturii actuale.

2.8. Dinamica abuzului

De ce se intampla ca batranii sa fie abuzati?

In general abuzul impotriva batranilor se petrece dupa o dinamica similara cu cea din alte forme de abuz precum cel impotriva femeilor: dorinta abuzivului de control si putere asupra celui abuzat, intr-un context social sau domestic in care se simte indreptatit sau care-i poate justifica actiunea. Abuzivul foloseste diferite tactici pentru a castiga si mentine controlul asupra victimei, care pot merge de la stabilirea anumitor reguli pana la anumite aranjamente domestice, precum de la stabilirea orarului meselor pana la orarul privitului la TV, de la ce se cumpara, cu cine se sta de vorba, la ce ora se culca pana la utilizarea banilor si bunurilor. Exista o sumedenie de tehnici de manipulare si control al batranilor si National Clearinghouse on Abuse in Later Life, proiect de cercetare apartinand de Wisconsin Coalition Against Domestic Violence (2006) a creat o diagrama care ilustreaza intr-o singura figura cele mai frecvent utilizate metode de stabilire si mentinere a controlului si puterii intr-o relatie abuziva cu un batran, diagrama care se numeste "Roata abuzului la batrani" si care este prezentata in Fig. Nr.1. In Anexa Nr. 2 este prezentata o lista de tactici folosite de abuziv in relatie cu un batran. Sunt cazuri cand faptuitorul se antreneaza in abuzul fata de batran din cauza ca el insusi prezinta conditii fizice sau mentale care-l fac sa se manifeste provocator, manios, agresiv sau fara suficient control ale impulsurilor. Alte situatii care conduc faptuitorul spre abuz sunt: stressul si epuizarea in procesul de ingrijire a batranilor cu dizabilitati, dependenta financiara si/sau locativa de cel pe care-l ingrijeste, consumul de alcool, deficiente intelectuale si de functionare.

Ingrijitorul batranului a fost decenii considerat initiatorul si promotorul abuzului, cauza primara a abuzului, dar dinamica abuzului nu trebuie privita doar dintr-o singura directie ci in relatiile formale si informale dintre faptuitor si victima, in subtila negociere dintre obligatii si beneficii si in contextul in care se deruleaza abuzul (Anetzberger, 2000). La acestea se mai pot adauga, atunci cand e cazul, relatiile preexistente intre acestia, inainte ca unul din ei sa devinda ingrijitorul si celalalt receptorul acesteia (Nolan, 1993).

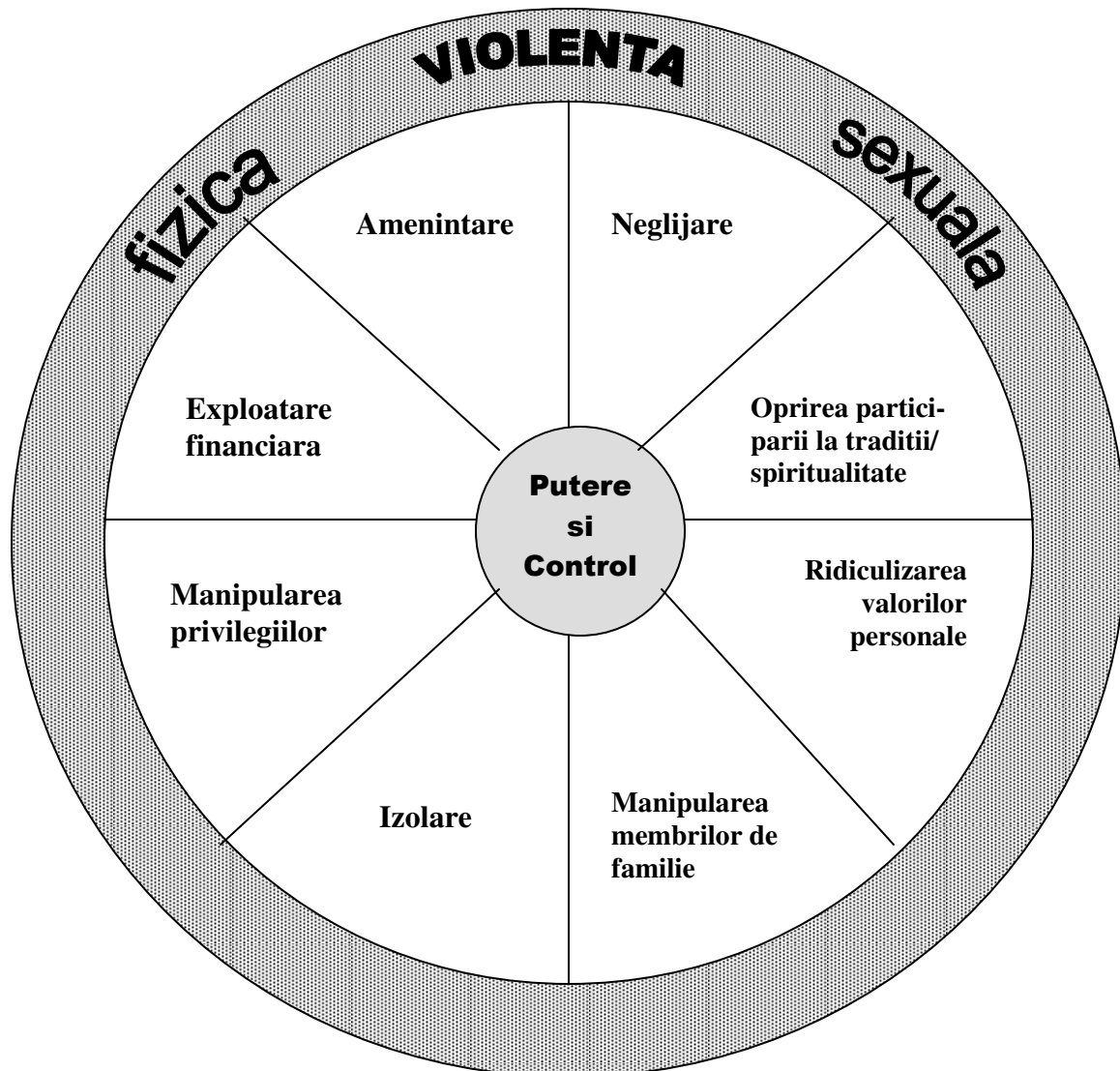


Fig. Nr. 1: Roata puterii si controlului in relatia abuziva cu un batran (National Clearinghouse on Abuse in Later Life, 2006)

Conrad si colab. (2011) merg mai departe si incearca sa stabileasca modelul dupa care se desfasoara abuzul si construiesc un “*conceptual mapping*” al abuzului psihologic in care incearca sa distinga dinamica ascunsa a abuzului si astfel reusesc sa puna in lumina cateva din vehiculele abuzului precum:

- (i) amenintarea si intimidarea care se pot intinde de la tratarea batranului cu raceala si tacere pana la amenintari verbale;

- (ii) lipsa de respect si consideratie pe un continuum intre ingorare pana la dispretul fata de sentimentele si plangerile batranului;
- (iii) blamarea si generarea rusinii prin ridiculizarea si criticarea cererilor de ingrijire;
- (iv) cultivarea suspiciunii si neincrederii in altii cu scopul de domina batranul prin izolarea de altii si exagerarea riscurilor la care este expus.

In explicarea etiologiei abuzului impotriva batranilor au fost lansate de-alungul timpului o serie de teorii si fiecare a contribuit la elucidarea unor aspecte dar au dus si la faramitarea conceptului ceea ce a facut-o pe Goergia Anetzberger, reputata cercetatoare in domeniu sa spunca ca: *“Noi am largit asa de mult conceptual de abuz, fata de batrani, pe care in mod clar nici o teorie nu-l poate cuprinde, incat nu mai vedem problema ca un intreg. Cel mai bun lucru care-l putem face este sa punem deoparte ceea ce cunoastem ca sa-l putem aborda ca intreg”*. (interviu telefonic luat de Burnight si Mosqueda, 2011).

Mai jos se prezinta unele din teoriile etiologice ale abuzului conform analizei literaturii facute de Burnight si Mosqueda (2011) si de Loue (2001), iar in Fig. 2 se prezinta o diagrama care vrea sa uneasca intr-o singura figura diferitele modele etiologice.

1. *Teoria stresului ingrijitorului* spune ca abuzul se petrece atunci cand un membru de familie care ingrijeste un batran care este dependent de ingrijirile oferite nu mai este capabil sa le implineasca pentru ca este supraincarcat sau depasit de acestea (Wolf, 2000). Studii empirice nu au putut devedi aceasta relatie si criticii acesteia au spus ca de fapt aceasta teorie cauta sa blameze victimele si sa legitimizeze abuzul.

2. *Teoria invatarii sociale* postuleaza ca copiii care au crescut intr-o atmosfera de violenta vor abuza la randul lor parintii, bunicii sau alti batrani pe care se presupune ca-i vor ingrijii mai tarziu. Conform acestei teorii, altii au invatat abuzul in contact cu o alta autoritate punitiva. Wolf si Pillemer (1989) nu au reusit sa confirme aceasta teorie.

3. *Teoria reciprocitatii schimbului social* explica interactiunea dintre abuziv si abuzat ca un proces negociat de schimburi de bunuri materiale si nemateriale in care puterea este sinonima cu dependenta unei persoane fata de alta. Se presupune ca aici interactiunea sociala consta de fapt intr-un schimb de premii (de ex. sentimente pozitive, servicii, resurse personale) si punitii (de ex. sentimente negative, retinerea resurselor, rejectie, abuz) si indivizii din relatie vor cauta sa maximizeze premiile si sa minimizeze punitiile. Cand unul din ei monopolizeaza “premiile” el vede putine motive pentru ca sa se opreasca, in ciuda acumularii punitiilor la

celalat pentru ca priveste balanta aceasta in termeni de cost/beneficiu. Aceasta teorie este validata de constatarile ca batranul este dependent de ingrijitor si ii ofera premiere in ciuda pierderilor si abuzurilor personale.

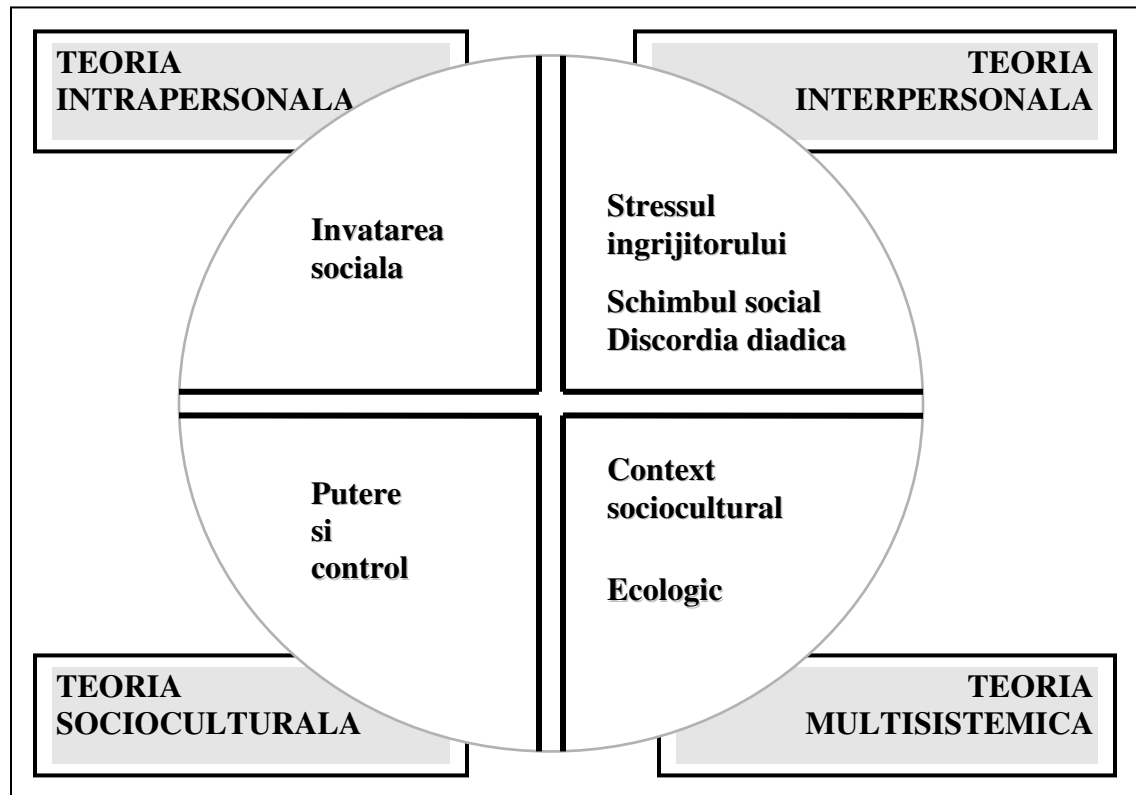


Fig. Nr. 2: Abordarile teoretice ale etiologiei abuzului la batrani (dupa Burnight si Mosqueda, 2011)

4. *Teoria discordiei diadice* afirma ca conflictul este nucleul violentei familiale (Riggs si O'Leary, 1996) si ca presupunerea ca abuzul batranului este totdeauna unidirectionala, de la faptuitor la victima, este o suprasimplificare a fenomenului, care prezinta de multe ori elemente de discordie bidirectionala intre acestia.

5. *Teoria controlului si puterii* scoate in evidenta tacticile coercitive folosite de abuziv pentru a castiga si mentine controlul si puterea in relatia cu abuzatul. Aceasta teorie izvoraste la randul ei din teoriile violentei fata de femei si ageism, ceea ce explica de ce abuzivul crede ca este indreptatit sa detina puterea intr-o relatie cu cineva mai slab sau mai batran. Teoria aceasta prezinta faptul ca violenta impotriva batranului nu este datorata dependentei lui de

ingrijitor ci de distorsiunea cognitiva al faptuitorului. Aceasta teorie captureaza realitatea dinamicii dintre abuziv si abuzat, dar exista si tipuri de abuz care raspund mai bine la alte teorii explicative.

6. *Teoria ecologica* surprinde un numar de cauze ale abuzului la batrani apartinand (i) macro-sistemului, precum inegalitatea bazata pe varsta si sex, normele de agresivitate din societate, (ii) exo-sistemului, precum ambianta economica, integrarea in comunitate, (iii) micro-sistemului precum caracteristicile individuale si familiale si (iv) ontogenetice precum variabilele fiziologice, afective si comportamentale. Interactiunea particulara dintre aceste variabile formeaza contextual ecologic in care se incurajeaza si desfasoara abuzul impotriva batranilor.

7. *Teoria contextului socio-cultural* subliniaza rolul factorilor individuali precum caracteristici demografice, sanatate fizica si mentala, personalitate, atitudini si modul cum acestea sunt modelate de contextual social si de traditiile culturale. Pe canavaua socio-culturala aceste variabile individuale stabilesc dinamica inegalitatii dintre ingrijitor si ingrijit si predispozitia la abuz. .

8. *Modelul situational* in care caracteristicile batranului si cele ale ingrijitorului interactioneaza cu cele structurale, ale fiecarei situatii in parte.

9. *Modelul simbolic interactionist* care subliniaza continua negociere si renegociere a obligatiilor si beneficiilor, proces care este modulat de caracteristicile cognitive si afective ale protagonistilor si care in final defineste congruenta dintre rolurile simbolice pe care cei doi le joaca si caracteristicile individuale (Loue, 2001).

Anetzberger (1997) vorbeste de intelesul pe care abuzul il pentru abuzat si ofera un cadru conceptual pentru intelegerea efectelor abuzului asupra batranului. Ea sugereaza ca intelesul abuzului este influentat de fundalul cultural si experienta individuala a victimei, iar acest inteles este modulat de natura abuzului (tip, severitate, durata), de relatia cu faptuitorul si de circumstantele personale precum prezenta dizabilitatilor sau de marimea retelei de suport proximale. Ea spune: "*Fiecare abuz are propria origine si dinamica. Fiecare afecteaza victima in mod distinct, reflectand unicitatea individului, personalitatea si circumstantele. Totusi exista unele lucruri comune impartasite de toate victimele...acestea sunt evidente in consecintele si efectele abuzului asupra batranilor...in raspunsul victimelor la abuz si neglijare*".

2.9. Indicatorii abuzului – semnele de alarma:

Abuzul si neglijarea batranului sunt greu de detectat. Faptuitorul adesea minte, maipuleaza sau blameaza pe altii. Adesea acesta incearca sa-i manipuleze si sa-i seduca pe profesionisti pentru a nu fi tras la raspundere. Din cauza ca faptuitorul isi poate pierde libertatea, reputatia, resursele financiare, locuinta si accesul la victima daca este descoperit, nu de putine ori batranul abuzat incearca sa-l salveze, ezita sa divulge abuzul, il minimalizeaza sau il neaga cu totul. Despre reticenta batranului de a divulga abuzul se va vorbi in sectiunea care urmeaza.

Lucratorul din serviciul de criza trebuie sa fie atent la semnele care conduc la suspiciunea de abuz atunci cand un batran se prezinta pentru alte plangeri:

- (i) frica, anxietatea, depresia, pasivitatea in relatiile cu membrii de familie sau ingrijitor care l-au adus;
- (ii) inexplicabile semne de traumatisme fizice;
- (iii) deshidratare, proasta nutritie, igiena defectuoasa;
- (iv) folosirea improprie a medicamentelor;
- (v) confuzie privind documente legale, testament, rate la banca;
- (vi) reducerea abrupta a capacitatii de plata;
- (vii) evitarea de a vorbi despre situatia in care se afla.

In tabelul Nr. 7 se prezinta cativa din indicatorii care pot conduce la suspiciunea prezentei abuzului fata de batran (Brandl si colab. 2006).

Cautarea si identificarea acestor semne de alarma este de foarte mare importanta pentru a nu lasa batranul sa ramana in continuare in contact cu faptuitorul, stiut fiind ca fiecare esec in identificarea abuzului duce la consolidarea relatiei de control si putere prin care abuzivul isi intimideaza si domina victima. Pentru decelarea indicatorilor abuzului la batrani Reis si Nahmiash (1998) au dezvoltat un instrument specific denumit Scala indicatiilor abuzului (*Indicators of Abuse Scree - IOA*) care consta in 27 itemi indicand caracteristici mentale si psihosociale ale batranului si ale ingrijitorului, care coreleaza cu suspiciunea abuzului. Instrumentul reuseste sa aibe o buna senzitivitate, deosebind pe cei care sunt abuzati de cei ce nu sunt abuzati. Ca un minus al acestui instrument este faptul ca itemii nu sunt prevazuti cu definitii operationale, iar cotarea acestora se face de clinician dupa efectuarea unui interviu

complet cu batranul si cu ingrijitorul sau (vezi Anexa Nr. 3). Mult mai usor si sigur de utilizat este chestionarul dezvoltat de Cohen si colab. (2006) care este un instrument semistandardizat pentru decelarea indicatorilor abuzului, instrument utilizabil in diferite contexte clinice si fara sa presupuna un interviu elaborat pentru completarea lui. Instrumentul “*Screening Tool for Identifying Elderly People at Risk of Abuse by Their Caregivers*” este prezentat in Anexa Nr. 4. Aceste doua instrumente sunt de fapt scale de screening, inasa ele ajuta la descoperirea indicatorilor abuzului inainte sa existe semne directe ale actelor de abuz propriu-zise.

Ce poate prezenta victima	Ce poate prezenta abuzivul
<ul style="list-style-type: none"> - Are traumatisme care nu sunt corespunzator explicate privind modul in care le-a dobandit; - Are traumatisme repetate; - Apare izolat; 	- Minimalizeaza sau neaga traumatismele sau plangerile batranului
	- Incearca sa convinga pe altii ca victima este dementa sau are tulburari mentale
	- Blameaza victima spunand ca este neglijenta, neindemanatica si dificila
	- Ameninta cu violenta impotriva victimei, familiei, prietenilor sau clinicianului
	- Izoleaza victima, bareaza contactele cu altii
	- Ameninta sau hartuieste victima
	- Urmareste victima
<ul style="list-style-type: none"> - Prezinta sugestii precum ca ii este frica; - Comunica codificat despre ceea ce s-a intamplat; 	- Este foarte atent ce face si spune victima
	- Actioneaza exagerat de grijuliu fata de victima in prezenta altora
<ul style="list-style-type: none"> - Ideatie sau tentative de suicide; - Istorie de consum de alcool si droguri; - Prezentare ca “pacient dificil”; 	- Ideatie sau tentative de suicid
	- Istorie de consum de alcool si droguri
	- Refuza sa permita interviuarea batranului
	- Vorbeste in numele victimei
<ul style="list-style-type: none"> - Prezinta plangeri, simptome nespecifice si cornice; - Dependent emotional si/sau financiar de abuziv; - Nu apare cand e programat la vizite medicale sau de altfel; - Intarzie in cautarea ajutorului medical necesar; 	- Spune ca victima este dementa, incapabila, bolnava psihic
	- Este dependent emotional si/sau financiar de victima
	- Anuleaza programari facute de victima la medic si refuza sa furnizeze transport
	- Duce victima la alti doctori, spitale pentru a ascunde abuzul
	- Refuza sa cumpere medicamente si alte materiale medicale sau echipamente de ajutor
<ul style="list-style-type: none"> - Prezinta depresie medie sau severa; 	- Indreapta familia impotriva victimei
	- Vorbeste despre victima ca si cum nu ar fi acolo
<ul style="list-style-type: none"> - Prezinta semne de stress si trauma; 	- Toate sau unele de mai sus

Tabelul Nr. 7: Indicatorii abuzului fata de batrani (Brandl si colab. 2006)

2.10. Consecintele abuzului:

Consecintele abuzului pe termen scurt sunt cele care au rezultat direct din actele abuzive ale faptuitorului. Consecintele pe termen lung sunt semnificative. Astfel s-a constatat ca rata mortalitatii la batranii mult timp abuzati este semnificativ mai crescuta decat la ceilalti batrani (Lachs si colab. 1998).

Efectele abuzului la batrani se releva in patru dimensiuni: fizic, comportamental, psihologic si social (Anetzberger, 1997; Wolf, 1997):

- consecinte fizice: traumatisme, dureri, tulburari de somn, probleme alimentare, cefalee; traumatismele fizice (echimoze, rani, traumatisme craniene, fracturi) au reprezentat mai mult de 50% din toate consecintele gasite la batrani abuzati examinati in serviciul de urgenta; la acestia s-au mai intalnit si situatii de malnutritie si deshidratare;
- consecintele comportamentale cuprind sentiment de lipsa de ajutor, manie, reducerea capacitatii de coping si gesturi suicidare;
- consecintele sociale: dependenta de altii, retragere sociala, reducerea contactelor cu altii;
- consecinte psihologice: frica, anxietate, negarea, depresia; depresia este pe departe cea mai evidenta consecinta a abuzului si este datorata deznadejdii, insingurarii, deziluziei, neajutorarii si pierderea stimei de sine; aceasta depresia este cea care genereaza ideatie suicidara, tentative de suicid si suicid.

Ideatia suicidara trebuie atent identificata si evaluata de catre lucratorul din programul de criza pentru ca ea poate interfereza cu deznodamantul interventiei pe termen mediu si lung.

2.11. De ce este batranul reticent sa divulge abuzul?

Raspunsul batranului la abuz depinde de perceptia abuzului si de intelesul pe care-l da abuzului si poate merge de la negarea lui pana la parasirea relatiei cu abuzivul si divulgarea abuzului la autoritati. Se pune intrebarea de ce in unele situatii batranul este asa de reticent in a vorbi de abuzul pe care-l sufera? Exista mai multe motive pentru a explica aceasta atitudine (Brandl, 2004):

- unii batrani se simt rusinati sau jenati de ce li se intampla de la cineva in care au avut incredere;

- -frica ca blamul va cadea asupra familiei lui;
- credinta ca oricum nu va putea sa scape de persoana abuziva;
- frica de razbunare si pedeapsa sau frica de a trebui sa paraseasca caminul/locuinta;
- loialitatea fata de familia lor in care a avut loc abuzul;
- frica de a ramane singur si neajutorat;
- relatie emotionala/privilegiata cu abuzivul;
- sentiment de lipsa de speranta si fatalism;
- stima de sine scazuta, credinta ca merita abuzul la care este supus;
- nu este constient de resursele de ajutor din comunitatea in care traieste;
- deficiente cognitive severe, cu incapacitate de a verbaliza coerent abuzul;
- diferente culturale sau bariere in comunicare;

Bachman si Saltzman (1995) au aratat ca probabilitatea si severitatea abuzului creste dupa ce batranii au reclamat abuzul la care au fost supusi sau au cautat ajutor, situatie in care a crescut si riscul la omucidere. Din toate aceste considerente de mai sus se intelege ca profesionistul din programul de criza trebuie sa-si aminteasca ca screeningul si intrebarile despre abuz sunt o interventie sensibila care nu trebuie neglijata, iar victimele trebuie incurajate sa declare abuzul prin asigurarea lor ca nu vor ramane singure si fara sprijin adecvat.

Mai este si problema data de felul cum experienta pe care batranul a avut-o cu ingrijitorul (membru de familie sau ingrijitor strain de familie) influenteaza perceperea abuzului. Unele studii pe tema aceasta au aratat ca cu cat contactul cu ingrijitorul are o istorie mai indelungata cu atat perceptia ingrijitorului este pozitiva si pragul dincolo de care se percepe abuzul este mai sus (Fitzpatrick si Hamill, 2011). Abuzul in cazul ingrijitorilor profesioniști este vazut de batrani ca o problema de caracter, iar abuzul facut de membrii de familie ca o aberatie si tradare.

Timpul de contact intre ingrijitor si batran este un alt factor important, ingrijirea de lunga durata fiind pasibila de abuzuri mai frecvent decat cea de scurta durata. O alta constatare a fost relatia dintre calitatea relatiei de ingrijire si profesionalismul ingrijitorului si probabilitatea raportarii abuzului in sensul ca batranul ezita sa raporteze acte de abuz daca calitatea generala a ingrijirii este buna si educatia profesionala a ingrijitorului este inalta. Astfel abuzul facut de medici este mai usor de trecut cu vederea decat abuzul facut de personal auxiliar sau de ingrijitorii personali carora mai greu li se trece cu vederea actele de abuz.

Dar nu numai batranul are probleme in a percepe abuzul ci si ingrijitorii. Multi dintre acestia comit acte de abuz fara sa-si dea seaman ce au facut si cat de daunatoare pentru batran sunt aceste acte. Acest lucru tine de capacitatea ingrijitorului de a identifica si percepe nevoile de ingrijire si a le formaliza in termeni de deficit, functionare si suport. Intr-un studiu care a comparat capacitatea diferitelor profesii de a decela si raporta abuzul (Rosenblatt si colab. 1996) medicii au fost cei care au decelat si raportat cel mai putine abuzuri respectiv 2% din cazuri, pe care doar le-au denumit, pe cand asistentii sociali si surorile, cu 25%, respectiv 26% cazuri decelate si raportate, au si descrie felul si modalitatea abuzului. Oricum, trebuie de mentionat ca profesionistii sunt mai predispusi sa divulge abuzurile pe care le comit fata de batrani decat batranii insisi (Dyer si Rowe, 1999).

2.12. Pasul Nr. 1: Contactul cu batranul abuzat:

Trebuie subliniat de la inceput ca primul contact cu batranul reprezinta si primul pas al interventiei in criza si de el depinde in mare masura desfasurarea celorlalti pasi precum evaluarea, interventia, planul de siguranta, indrumarea la alte servicii si contactele de urmarire.

In ciuda reticentelor de a dezvalui si raporta abuzul, nu de putine ori batranul abuzat este vazut in programul de criza. El se adreseaza sau este adus la programul de criza din cauza abuzului si consecintelor lui sau pentru alte situatii in care abuzul se constituie un factor important daca care este ascuns cu grija. Acestea sunt motivele pentru care lucratorul din criza are obligatia sa introduca in evaluarea oricarui batran un screening simplu pentru decelarea abuzurilor care se ascund sub masca altor crize. Exista mai multe cai prin care un abuz fata de batran poate fi descoperit. In primul rand batranul insusi poate divulga acest abuz in mod direct sau intr-un limbaj mai mult sau mai putin codificat. In al doilea rand acest abuz poate fi facut public de o a treia parte, respectiv de un vecin, membru de familie sau cunoscut. Nu in ultimul rand abuzul poate fi descoperit prin insasi efectele evidente ale lui, precum echimoze, rani, dureri inexplicabile, comportament evaziv, reticent, plangeri somatice si psihologice neobisnuite si schimbatoare.

Un batran cu probleme de abuz poate veni in contact cu programul de interventie in criza in mai multe situatii:

- (i) se prezinta singur;
- (ii) este adus de un membru de familie;

- (iii) este adus de cunoscuti;
- (iv) este adus de un asistent social, sora medicala, ingrijitor personal;
- (v) este adus de Politie;
- (vi) lucratorul din criza se deplaseaza la domiciliul batranului in conditiile unei interventii cu echipa mobila de criza;
- (vii) lucratorul de criza este invitat de Politie sa se alature unei echipe de interventie care se deplaseaza la un batran ce solicita ajutorul pentru abuz;
- (viii) lucratorul vede batranul in Serviciul de urgenta unde este chemat de personalul din acest serviciu pentru evaluare si interventie;
- (ix) lucratorul de criza ia contact cu batranul abuzat in cadrul colaborarii cu serviciile de ingrijire medicala primara precum medicul de familie;
- (x) la telefonul liniei de criza.

Exista cativa pasi de facut de la inceput de catre clinician cand ia contact cu un astfel de caz:

- asigura batranul ca este intr-un loc sigur si ca nu este nici un pericol;
- fi calm, nu dramatiza situatia si foloseste un ton cald si egal;
- ofera comfort imediat precum camera linistita, hidratare, repaos;
- arata suport si consideratie fata de situatia in care se afla;
- asigura-l despre confidentialitate;
- evalueaza urgentele medicale si transporta batranul in serviciul de urgenta daca exista asemenea nevoi;
- nu lasa batranul singur si nici nu accepta pe altcineva in incapare cand il intrebi de abuz;
- nu exercita presiuni asupra batranului privitor la divulgarea detaliilor abuzului sau identitatea faptuitorului;

Daca batranul a telefonat la linia de criza asigura-l ca a telefonat unde trebuie, fi calm, empatic si adopta un ton egal si linistit, asigura-l de confidentialitate, nu-l presara sa divulge ceea ce nu doreste, arata-i intelegere si rabdare, evalueaza nevoile imediate si incurajeaza-l sa vina la serviciul de urgenta sau sa cheme sau sa accepte sa fie chemat un mijloc de transport/salvarea pentru a-l transporta la serviciul de urgenta unde va intalni lucratorul in criza si personalul medical calificat; daca vrea sa ramana la domiciliu incearca cu blandete si rabdare sa evaluezi

contextual in care traieste (familie, institutie, singur), tipul de ingrijire de care beneficiaza, relatiile cu ingrijitorul si/sau altii si posibilitatea unui abuz si felul lui, frecventa, severitatea si consecintele acestuia, evalueaza ideatia si intentia de suicid, informeaza-l de mandatul lucratorului in criza de a informa autoritatile si serviciile de protectia a batranilor atunci cand afla de un caz de abuz impotriva unui batran, asigura-l de siguranta personala si formuleaza impreuna un plan de siguranta si discuta oportunitatea contactelor telefonice de urmarire. In tabelul Nr. 8 se prezinta cateva sugestii privind comunicarea cu un batran in aceasta situatie de criza.

<i>Nota: Fi constient ca abordarea problemei abuzului poate face multi batrani sa devina anxiosi, nelinistiti si ezitanti si chiar sa refuze sa discute un astfel de subiect</i>
- Separa batranul de ingrijitorul/insotitorul sau (membrii de familie, ingrijitor, cunoscuti, etc.)
- Include mesaje care sa arate grija si respect pentru batrani in general
- Apoi fi mai specific de ex. "...sunt ingrijorat de vanataile pe care le vad pe bratele Dvs."
- Fi empatic fata de sentimentele batranului "Inteleg ca va este greu sa vorbiti despre asa..."
- Recunoaste ca poate fi greu pentru batran sa vorbeasca despre problemele lui
- Asigura batranul despre confidentialitatea conversatiei
- Nu exprima critici, judecati sau amenintati la adresa nimanui, de ex. "este de neconceput ca cineva sa va faca asa ceva..."
- Abiliteaza si incurajeaza batranul sa vorbeasca in felul lui despre abuz si ce ajutor si-ar dori
- Progreseaza in dialog trecand de la general la specific (cazul in speta)
- Formuleaza intrebarile si comentariile in acord cu educatia si cognitia batranului
- Incearca sa diminuezi rusinea celui abuzat: "Se intampla adesea ca oamenii sa nu primeasca ingrijirile pe care le merita..."
- Respecta dreptul batranului de a lua deciziile pe care le doreste si cand le doreste
- Fi gata sa ajuti batranul fata de nevoile pe care le prezinta
- Fi constient ca o batrana se simte mai confortabil sa vorbeasca cu o femeie si un batran cu un barbat si ia masurile in consecinta
- Permite batranului sa vorbeasca in pasul lui, nu-l grabi, doar asa va vorbi despre abuz
- Arata-i ca crezi ceea ce spune, fi suportiv, discuta optiunile dar nu da sfaturi, evita sa blamezi
- Evita sa exprimi dezgust, oroare sau manie ca raspuns la abuzul pe care l-a suferit
- Determina daca a mai trait situatii de abuz si daca a folosit alte servicii de ajutor...care?
- Respecta valorile culturale si religioase ale batranului si felul cum ele influenteaza dinamica familiala.
- Fi atent la posibilele dificultati de auz, vorbire sau cognitive ale batranului
- Ajuta batranul sa inteleaga ca nu trebuie sa accepte situatia abusiva si informeaza-l de drepturile lui

Tabelul Nr. 8: Sugestii despre modul de a comunica cu un batran in situatia de abuz

2.13. Pasul nr. 2: Screeningul si evaluarea:

Scopul principal al acestui al doilea pas este de a descoperi riscul fizic potential si a celorlalte riscuri subsidiare pentru batran si a urgentei raspunsului la acestea. In continuare se vor prezenta o serie de protocoale si instrumente care-l vor ajuta pe clinicianul din criza, stiut fiind ca si pentru cei mai experimentati clinicieni, abuzul batranului “*este o problema complexa, paralizanta si incarcata de considerente etice*” (Anetzberger, 2005).

Evaluarea are ca scop recunoasterea si identificarea unui caz de abuz impotriva unui batran, indiferent daca aceasta problema este cea care a adus sau nu batranul in fata profesionistului. Abuzul nu poate fi combatut pana nu este identificat!

In general se descriu patru cauze care impiedica detectarea acestui tip de abuz de catre profesionisti:

- (i) lipsa constientizarii abuzului fata de batrani si astfel ignorarea acestei probleme atunci cand se face o evaluare psiho-sociala;
- (ii) nu toate formele si tipurile de abuz sunt in mod egal identificabile, abuzul fizic si neglijarea fiind mai usor de recunoscut dupa semnele exterioare ale lui spre deosebire de abuzul psihologic si cel sexual care sunt mai insidioase;
- (iii) semnele abuzului sunt subtile si se pot intretese cu cele ale unei suferinte cronice sau deteriorarii cognitive datorita varstei si astfel sunt greu de distins de pe fundal;
- (iv) problema negarii si/sau reticentei dezvaluirii abuzului este prezenta in diferite grade in toate cazurile de abuz (Anetzberger, 2001).

Descoperirea unui caz de abuz impotriva unui batran se poate face prin doua metode clinice: screeningul si evaluarea specifica. Daca abuzul este perceput, recunoscut si dezvaluit de batran, se continua cu evaluarea specifica a abuzului si a conecintelor lui prin simpla intervievare a subiectului sau administrarea de instrumente de evaluare specifice. Daca abuzul nu este declarat de batran ci sunt alte acuze pe primul plan care sugereaza prezenta abuzului, se declanseaza procedura de screening. In general se recomanda ca procedura de screening pentru abuz sa fie declansata la orice individ peste 65 ani aflat in serviciul de criza pentru oricare alta problema, atunci cand aceasta nu afecteaza evaluarea si interventia pentru problema pentru care acesta se afla in program.

Abuzul fata de batrani continua sa ramana o problema ascunsa ochilor publicului din varii motive, in principal din reticenta batranilor de a dezvalui abuzul, pe de-o parte si din

reflexul familiei și societății de a obtura acest fenomen ca reacție la sentimentul de rușine și culpabilitate pe de altă parte. Deși doctorii sunt în poziția cea mai bună de a identifica abuzul, se pare că ei sunt și cei care raportează cel mai puțin cazurile de abuz, sub 2% din rapoartări și doar 10% din doctori fac screening pentru descoperirea abuzului la batrani în SUA. Nici ei nu scapă de sub normele sociale și culturale în care trăiesc privind sexismul și ageismul, iar aceste atitudini se constituie într-o barieră în identificarea abuzului (Perel-Levin, 2008). De fapt, nici un profesionist nu evadează de sub diferite reacții pe care abuzul unui bătrân le provoacă și Georgia Anetzberger (2005) distinge categorii de profesioniști din acest punct de vedere: (i) unii profesioniști sunt oripilați și au reacții repulsive și nu vor să aibă de-a face cu astfel de cazuri, în mod ocazional blamând victimele pentru incapacitatea lor de a rezolva astfel de cazuri. (ii) alți clinicieni prezintă un filtru cultural, profesional sau personal privind abuzul prin prisma unor stereotipuri care sunt departe de a apăra drepturile persoanelor în vârstă; (iii) din fericire sunt și clinicieni care dovedesc profesionalism și se aliniază ușor mandatului legal de a dezvălui și interveni în apararea bătrânilor abuzați.

Screeningul pentru abuzul împotriva bătrânilor este o procedură prin care se caută identificarea indicatorilor și a semnelor abuzului precum cele fizice, comportamentale, psihologice și de altă natură. El constă în administrarea unui set de întrebări alese de profesionist care explorează direct sau indirect abuzul, procedeu numit și ancheta de screening sau prin administrarea unui instrument standardizat de screening.

Screeningul pentru abuzul la bătrani a continuat să provoace dileme în legătură cu avantajele versus pagubele pe care le-ar putea produce. Deși instrumentele și procedurile de screening ale abuzului la bătrani au fost criticate pentru lipsa de confidență, sensibilitate și specificitate, ele au fost recomandate de Asociația Medicilor Americani pentru a fi introduse în practica curentă a medicilor de familie (AMA, 1992), dar sunt voci în Marea Britanie (Ramsey și colab., 2002) care susțin că ele ar trebuie rețutate. Considerentele împotriva instrumentelor de screening sunt legate de lipsa lor de specificitate, de confidențialitate, de pericolul să destabilizeze relația cu îngrijitorul, de exagerarea cazurilor fals-pozitive. Cele în favoarea procedurilor și testelor de screening sunt studiile care arată legătura dintre mortalitatea și morbiditatea crescută și abuz și constatarea că abuzul are tendința să se permanentizeze dacă victima nu este ajutată să-l dezvăluie. Simplu spus, screeningul se referă la un test standardizat

sau la un set de intrebari care sunt luate ca un standard si care au abilitatea de a identifica o conditie cu suficienta sensibilitate ca sa fie tinta unui raspuns efectiv.

Abuzul batranilor nu poate fi lasat sa se dezvaluie doar in serviciile medicale. Medicalizarea violentei domestice si a batranilor ca forma a acesteia conduce la tacere. Cauzale sunt multiple printre ele fiind insusi limbajul medical, ierarhiile din sistemul medical si codurile de practica standardizata care au facut ca medicina in sine sa ia distanta fata de experientele pacientilor. S-a spus ca *“tehnicele folosite de modelul medical institutionalizeaza ierarhiile sociale de dominatie si control, tehnici care mimeaza ele insele dinamica abuzului”* (Warshaw, 1993). Pe de alta parte, personalul ajutator medical se simte el insusi abuzat prin faptul ca personalul care lucreaza cu batranii este considerat “de rangul doi”, fiind salarizat mai prost si fiind privit ca mai putin calificat.

Lucratorul din programul de criza si personalul din serviciile de urgenta, care colaboreaza majoritatea timpului, sunt plasati cel mai bine pentru decelarea abuzului la batrani.

Ancheta de screening este o procedura rutiniera de a chestiona batranul cu blandete, cu evitarea blamarii, stigmei, etichetarii si falselor acuzaatii, referitor la abuzurile sau agresiunile pe care posibil le-ar fi suferit. Ca o regula generala, aceste intrebari trebuie sa fie puse doar dupa ce s-a stabilit o relatie de incredere cu clinicianul pe baza unui dialog autentic, empatic si a unei ascultari active a naratiunii subiectului. Altfel, exista putine sanse ca batranul sa divulge abuzurile si fapturitorul lor. Se intreaba pacientul daca este dispus sa raspunda la intrebari referitoare la relatia lui cu ingrijitorul/ingrijitorii, i se dau asigurari ca abuzul este o situatie frecventa si ca nu e nimic rusinos sau ofensiv in a vorbi despre aceasta si ca a vorbi deschis despre astfel de relatii nu reprezinta altceva decat a recapata autonomia, demnitatea si capacitatea de decizie. Nu trebuie neglijata ambivalenta batranului abuzat care ar vrea ca abuzul sa se opreasca, dar nu ar vrea ca relatia lui cu persoana sa se incheie. Pe timpul administrarii intrebarilor de screening i se poate arata batranului si diagrama cu roata puterii si controlului in relatia abuziva cu un batran (National Clearinghouse on Abuse in Later Life, 2006) (vezi Fig. Nr. 1) pentru a-l ajuta sa identifice mai usor tacticilor folosite de abuziv pentru exercita controlul si dominatia.

Bomba (2006) sugereaza urmatoarele intrebari de screening:

- *Cat de des mergeti sa va intalniti cu prietenii?*
- *Va e frica de cineva?*

- *Recent, a incercat cineva apropiat sa va raneasca?*
- *Cineva apropiat a incercat sa va porecleasca, sa va injoseasca, sa va faca sa va simtit rau?*
- *Va tras cineva vre-o palma? V-a tras de par? V-a prins si v-a impins? V-a lovit?*
- *V-a amenintat cineva cu astfel de acte?*
- *V-a fortat cineva sa aveti un act sexual sau sa faceti lucruri cu tenta sexuala?*
- *V-a luat cineva lucruri care va apartin sau bani fara sa va ceara consimtamantul?*

Carney si colab (2003) recomanda un set de intrebari pentru fiecare din tipurile de abuz:

a. Abuz fizic:

- *Va e frica de cineva din casa?*
- *Ati fost lovit sau palmuit?*
- *Ati fost inchis in camera?*
- *V-a atins cineva asa cum nu ati fi dorit?*

b. Abuz emotional

- *Va simtiti mereu singur?*
- *Ati fost amenintat cu pedepse, lipsa de ingrijire, abandon sau plasarea intr-o institutie?*
- *Au fost perioade cand nimeni nu a vrut sa vorbeasca cu Dvs?*
- *Ati fost fortat sa mancati?*
- *Ce se intampla cand nu sunteti de accord cu ingrijitorul Dvs?*

c. Neglijare

- *Va lipsesc ochelari, aparat auditiv sau proteze dentare?*
- *Ati fost lasat singur pentru perioade lungi de timp?*
- *Daca aveti nevoie ca cineva sa va ajute ce puteti face?*
- *Cum puteti obtine ajutorul de care aveti nevoie?*

d. Abuz financiar

- *Ingrijitorul depinde de Dvs in ceea ce priveste locuinta sau salariul?*
- *V-a furat vreodata bani?*

In caz de deteriorare cognitiva mai severa decat cea datorata varstei, raspunsurile la aceste intrebari trebuie cantarite cu grija.

Exista mai multe instrumente standardizate de screening care sunt utilizate mai des in practica. Mai jos se vor prezenta cateva din cele recomandate sa fie utilizate in practica programelor de interventie in criza.

1. *Scala suspiciunii abuzului fata de batrani* (Elder Abuse Suspicion Index –EASI) a fost dezvoltata de Yaffe si colab (2008) cu scopul de a ajuta medicii din ingrijirile primare si pe alti clinicieni din linia intai de contact cu batranii de a detecta abuzul atunci cand exista o suspiciune. Scala EASI contine 6 intrebari iar senzitivitatea si specificitatea a fost gasite suficient pentru a deosebi pe cei ce sunt abuzati de cei ce nu au fost. Intrebarile se adreseaza direct subiectului si raspunsul la intrebari este ori DA ori NU iar un raspun pozitiv la una dintre intrebatile 2 - 6 conduce la suspiciunea unui abuz. Scala este prezentata in Anexa Nr. 5.

2. *Scala rapida de screening al abuzului fata de batrani* (Brief Abuse Screening for the Elderly – BASE) a fost dezvoltata de Reis si Nahmiash (1998) si consta in 5 intrebari. Ea este construita sa fie scurta, rapida, dureaza in jur de 1 minut, iar intrebarile se adreseaza ingrijitorului si/sau batranului. Fiecare intrebare este cotate pe o scara cu 5 ancore si scorul prag dincolo de care se poate suspiciona un abuz este de 3. Scala este prezentata in Anexa Nr. 6.

3. *Scala de screening a abuzului ingrijitorului* (Caregiver Abuse Screen – CASE) a fost facuta de Reis si Nahmiash (1995) si contine 8 intrebari care se adreseaza ingrijitorului membru de familie sau ingrijitorului care nu este membru de familie, platit sau nu. Intrebarile sunt formulate in asa fel incat sa nu fie offensive, astfel ca ingrijitorul sa doreasca sa raspunda sincer. Raspunsurile la intrebari sunt Da si Nu si un raspuns afirmativ se coteaza cu un punct. Un scor total de peste 4 puncte conduce la suspiciunea unui abuz. Se recomanda ca aceasta scala sa fie administrata impreuna cu alta care se adreseaza batranului pentru ca rezultatele sa fie coroborate sau atunci cand batranul este afectat cognitiv si nu poate fi intervievat direct. Scala este prezentata in Anexa Nr. 7.

4. *Scala de screening a lui Hwalek-Sengstock* (Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test – H-S/EAST) a fost dezvoltata de acesti autori (Neale si colab. 1991) cu scopul de a extrage informatii referitor la abuz direct prin auto-evaluarea batranului. Ea consta din 15 intrebari pe care subiectul le citeste si raspunde la ele fara ajutor din afara si raspunsul la aceste intrebari este DA sau NU. Intrebarile exploreaza violarea drepturilor batranului, abuzul direct,

caracteristicile de vulnerabilitate si situatii cu potential abuziv facut de ingrijitori din familie. Scala este prezentata in Anexa Nr. 8.

Din aceasta scurta trecere in revista a instrumentelor de screening se poate vedea ca de fapt numai instrumentele EASI si H-S/EAST se adreseaza direct subiectului in varsta suspectat de a fi tina unui abuz, restul fac un fel de evaluare intr-un mod standardizat. Principalul beneficiu al utilizarii instrumentelor de screening este cresterea sensibilitatii clinicienilor in contact cu batranii asupra probabilitatii abuzurilor pe care acestia le pot suferi. Perel-Levine (2008) sustine ideia ca toti clinicienii trebuie sa introduca in evaluarea lor intrebari care vizeaza incalcarea drepturilor persoanelor in varsta, cu precautia ca astfel de abuzuri se petrec intr-un context care poate fi evaluat doar printr-o abordare biopsihosociala, evaluare pe care instrumentele de screening nu o poate face, dar care se poate derula cu succes intr-un interviu clinic flexibil si mai putin standardizat.

In conditiile in care batranul declara sau admite ca a fost abuzat sau in cazul in care personalul care-l acompaniaza in programul de criza afirma acest lucru iar batranul nu-l neaga acest lucru, conversatia cu el se concentreaza de la inceput asupra conditiilor in care traieste si circumstantelor in care acest abuz s-a petrecut, istoria abuzului, tipurile de abuz suferite, faptuitorul/faptuitorii, plasarea abuzului in contextul relatiei de putere si control cu abuzivul, modalitatile folosite de a preveni sau combate abuzul si serviciile pe care le-a accesat pana in momentul interviului. Interviul se desfasoara tinand cont de particularitatile conversatiei cu un individ in varsta victima recenta a unui abuz. Mai sus am prezentat unele sugestii de folosit in conversatia cu acest batran si unele consideratiuni privind barierele pe care le intampina in a dezvalui situatia abuziva pe care o traieste. Interviul in aceste conditii este un interviu nestructurat, flexibil, folosind intrebari deschise care sa incite subiectul in nararea detaliata a evenimentelor pe care le-a trait. Clinicianul trebuie sa ofere un cadru intim, de siguranta, sa nu fie nimeni de fata la discutie, sa fie empatic, sa abordeze un stil de ascultare activa, sa fie respectos, sa nu se grabeasca si nu faca comentatii emotionale, critice sau acuzatorii; el trebuie sa utilizeze experienta profesionala si expertiza clinica in a determina cea mai buna cale de a intervieva si evalua subiectul din fata sa. Clinicianul trebuie sa fie atent si la momentele in care povestea subiectul in varsta devine vaga, bizara sau incongruenta cu informatiile obtinute din alte surse, aceste discrepante putand fi datorate tendintei subiectului de a acoperi unele abuzuri din varii motive.

In timpul interviului se recomanda prezentarea diagramei cu roata puterii si controlului in relatia abuziva cu un batran (National Clearinghouse on Abuse in Later Life, 2006) (vezi Fig. Nr. 1) pentru a-l ajuta sa identifice mai usor tacticile folosite de abuziv pentru exercita controlul si dominatia. In Tabelul Nr. 9 se prezinta o lista cu intrebari posibile de introdus in interviul cu subiectul abuzat:

- Va rog sa-mi spuneti despre conditiile in care traiti? Sunteti multumit de ele? Ati schimba ceva? Ce anume?
- Exista persoane la care apelati pentru a va face viata mai usoara? Va ajuta zilnic? Dupa ce orar? In ce consta acest ajutor? Aceasta persoana este ruda sau altcineva? Cum va revansati pentru serviciile/ingrijirea Dvs?
- Cum ati descrie calitatea ingrijirii pe care o primiti? Aveti ceva de reprosat acestei persoane?
- Ati vrea sa aveti alt ingrijitor? Descrieti motivele?
- Puteti sa-mi spuneti daca recent s-a intamplat ca cineva sa faca ceva impotriva vointei Dvs? Descrieti...
- Va e frica de cineva anume din casa Dvs? Elaborati...
- A incercat cineva apropiat Dvs sa va loveasca sau sa va raneasca? Descrieti...
- Este cineva apropiat de Dvs care are probleme de control al nervilor sau consuma prea mult alcool sau are probleme psihice? Cum se reflecta aceasta asupra Dvs?
- S-a intamplat ca cineva sa va atinga in locuri in care nu se cade sau sa va propuna lucruri indecente? De exemplu....
- S-a intamplat recent ca cineva apropiat sa strige la Dvs sau sa va vorbeasca urat, astfel incat v-ati simtit nefericit si stressat?
- S-a intamplat recent ca cineva sa va critice si sa va ameninte? Puteti sa-mi dati un exemplu?
- V-a spus cineva ca sunteti bolnav desi stiati ca nu e asa? Puteti sa-mi dati un exemplu?
- V-a pus cineva recent sa semnati hartii pe care nu le intelegeti? De exemplu...
- V-a pus cineva sa faceti lucruri pe care nu le-ati vrut? Ca de exemplu....
- Cineva v-a luat bani sau lucruri fara permisiune? De exemplu...
- Trebuie cineva sa va ajute in chestiunile financiare? Sunteti multumit de aceasta?...
- Este cineva care v-a impiedicat sa aveti ochelari, protezele sau aparatele ajutatoare de care aveti nevoie?
- Este cineva care sa va ajute sa mergeti la cumparaturi, la medicul de familie, la farmacie, la posta sau in alte locuri unde aveti nevoie? Aveti probleme cu acest fel de ajutor...
- Sunteti in majoritatea timpului singur? Descrieti...
- Aveti probleme cu gatitul, facutul curateniei in casa, igiena personala, intretinerea imbracamintii? Cum rezolvati aceste probleme...
- Cand ati vazut ultima oara un membru de familie si/sau un prieten/cunoscut?
- Aveti acces la telefon si puteti comunica cu cine vreti? Este cineva sau ceva care va impiedica?

Tabelul Nr. 9: Lista cu sugestii de intrebari de inclus in interviul liber cu un batran cu probleme de abuz.

In timpul interviului, pe masura ce batranul dezvaluie actele de abuz pe care le-a suferit, clinicianul trebuie sa deceleze consecintele fizice, psihologice, financiare, locative si de alt fel ale acestor acte. Clinicianul este in cea mai buna pozitie de a observa, examina si identifica consecintele abuzurilor. Astfel, echimoze sau rani inexplicabile, stare de nutritie precara, proasta igiena, deshidratare, neglijenta vestimentara, etc. reprezinta indicii exterioare a abuzului si neglijarii. In aceste conditii, se recomanda evitarea blamarii batranului sau a ingrijitorului sau ci doar afirmarea mandatului clinicianului de a proteja drepturile batranului si de a anunta serviciile de protectie a oamenilor in varsta, in conditiile in care un abuz este bine documentat.

Odata ce actele de abuz si consecintele lor sunt evidentiata, este bine ca ele sa fie trecute in mod calitativ pe tabelul pe care-l furnizeaza Instrumentul de evaluare a batranului (Elder Assessment Instrument – EAI) si astfel se alcatuieste un profil al abuzului subiectului in cauza, profil care va sta la baza interventiei si planului de siguranta si de ingrijire formulat de clinicianul din criza. Acest instrument a fost dezvoltat de Fulmer (2003) si el consta intr-un tabel cu 41 de itemi care constituie un “harta” al abuzului fizic, social, a neglijarii, abandonului si a nivelului de independenta a batranului, fiecare item fiind cotate in functie de cat de evidenta este problema respectiva. Completarea acestui instrument este utila si din punctul de vedere a documentarii evaluarii si interventiei efectuate de clinicianul in criza intr-un caz dat. Instrumentul EAI este prezentat in Anexa Nr. 9.

Asociatia Medicala Americana (American Medical Association, 1992) formuleaza un ghid de buna practica pentru tratamentul abuzului si neglijarii la batrani, cu scopul de a ajuta clinicienii din linia intai de interventie sa identifice si incorporeze evaluarea in rutina clinica zilnica. Acest ghid include faptele abuzului, barierele in identificare si modurile prin care profesionistii pot imbunatati detectarea abuzului in situatiile clinice. Ariile de evaluare pe care le propune acest ghid sunt:

- (i) Siguranta (intrebare: *Este pacientul in pericol imediat din cauza abuzului sau pentru idei de suicid?*)
- (ii) Acces (intrebare: *Exista bariere care impiedica evaluari suplimentare si referirea la servicii de specialitate?*)
- (iii) Statutul cognitiv (intrebare: *Prezinta pacientul deteriorare cognitive si cat de mult aceasta interfera cu evaluarea si raspunsul la problema?*)

- (iv) Statutul emotional (intrebare: *Prezinta pacientul depresie, rusine, vinovatie, anxietate, frica sau manie? Cum interfera cu evaluarea si interventia?*)
- (v) Statutul fizic si functional (intrebare: *Ce probleme medicale exista?*)
- (vi) Resurse sociale si financiare (intrebare: *Are pacientul resurse adecvate financiare si acces la nevoile de baza?*)
- (vii) Frecventa si intensitatea abuzului (intrebare: *Au crescut in frecventa si intensitate abuzurile?*).

Protocolul se incheie cu recomandari de interventie si de referire la alte servicii specializate atunci cand e cazul.

Este bine de stiut ca mai exista un protocol de evaluare dezvoltat de Florida APS Program (Hwalek si colab, 1996) care are ca scop identificarea riscului pentru abuzuri viitoare ale victimei care este in aceasta situatia de evaluare. Acest protocol masoara riscul in mai multe arii ale vietii subiectului in varsta si este exemplar pentru modul cum trebuie sa gandeasca clinicianul intr-un model biopsihosocial. Aceste arii sunt: (i) client (varsta, sex, sanatate fizica/emotionala si functionare, venit si resurse financiare); (ii) ambianta (structura domiciliului, cat de potrivita este pentru conditia subiectului, facilitare, curatenie); (iii) transport si suport (disponibilitate, accesibilitate, confidenta, adecvare formala si informala); (iv) abuzul curent si istoria de abuz (calitatea ingrijirii, severitatea abuzului, frecventa, consecintele abuzului, apelarea la serviciile de protectie); (v) faptuitorul (accesul la client, felul ingrijirii, consumul de alcool si droguri, relatia si dependenta financiara si locativa fata de batran, tacticile folosite de faptuitor, dinamica abuzului). Dupa explorarea acestor domenii lucratorul in criza poate incadra clientul in trei grade de risc de continuare a abuzului (mic, mediu si sever) pentru riscul de a abuza batranul in continuare.

Dupa aceasta trecere in revista a instrumentelor si protocoalelor la dispozitia lucratorului din programul in criza trebuie spus ca aceste instrumente contin o doza de subiectivitate, ele pacatuiesc prin calitati psihometrice slabe si ca ramane in sarcina profesionistului sa emita o judecata clara bazata pe experienta clinica si expertiza lui profesionala.

2.14. Pasul Nr. 3: Interventia:

Interventia este nucleul activitatii clinicianului din programul de criza. In cazul crizei date de abuzul fata de o persoana in varsta eficienta interventiei a fost de multe ori subiect de dezbateri. Astfel, Wolf (1997) si Bonnie si Wallace (2003) vorbesc de lipsa de confidenta privind eficacitatea interventiilor destinate abuzului batranilor. Intr-o trecere in revista a 398 publicatii Erlingsson (2007) vorbeste de o lipsa de interes privind evaluarea eficientei interventiilor, asa cum reiese din numarul mic de studii, doar 6,5% studii care abordeaza aceasta problema. Mai recent, Ploeg si colab. (2009) analizeaza 1253 studii privind interventia in cazul abuzului la batrani si conchid ca *“nu exista o evidenta suficient de robusta in favoarea vreunei interventii specifice care sa tinteasca batranul abuzat, faptuitorul sau profesionistii implicati”*. Dupa parerea mea aceasta situatie este explicabila daca se ia in considerare doar un mod de interventie “masurabila” care urmareste o schimbare si un deznodamant radical pozitiv care nu poate fi obtinut intr-o situatie care implica relatii, valori si traditii care se inradacineaza la nivel individual, familial si social. In cazul batranului abuzat, o interventie valoroasa este aceea care urmareste re-autorizarea si re-imputernicirea batranului cu motivatia si taria de a si apara identitatea si demnitatea, de a lua decizii si de a fi independent si autonom, in ciuda capacitatii limitate de a se ingriji din cauza varstei. In modelul pe care-l propun, interventia cuprinde patru proceduri de baza care sunt comune tuturor cazurilor de abuz fata de batrani si altele auxiliare, care sunt desfasurate in functie de particularitatile fiecarui caz in parte. Cele patru proceduri de baza sunt:

- (i) asigurarea sigurantei subiectului (raspunsul imediat in criza);
- (ii) restaurarea sperantei, drepturilor, demnitatii si bunastarii batranului;
- (iii) informarea despre resursele existente pentru a-si pastra independenta si autonomia;
- (iv) formularea unui plan de siguranta.

Aceste proceduri sunt derulate atat in cazul raspusului la criza la telefon, cat si in situatia fata-in-fata. Ele se desfasoara tinand cont de considerentele morale si etice al profesiei, dar mai ales pe cele ale respectarii drepturilor persoanelor in varsta, asa cum sunt stipulate de Carta drepturilor persoanelor in varsta. In tabelul Nr. 10 sunt inventariate Principiile Natiunilor Unite (1991) referitoare la apararea drepturilor persoanelor in varsta.

Independenta	1. Persoanele in varsta ar trebui sa aiba acces adecvat la hrana, apa, adapost, imbracaminte si ingrijirea sanatatii prin propriile resurse sau prin furnizarea de ajutor de catre familie si comunitate.
	2. Persoanele in varsta ar trebui sa aibe sansa sa lucreze sau sa aiba acces la alte oportunitati de a avea resurse financiare proprii.
	3. Persoanele in varsta ar trebui sa fie capabile sa participe la decizia privitor la cand si cum sa se retraga din campul muncii.
	4. Persoanele in varsta ar trebui sa aiba acces adecvat la educatie.
	5. Persoanele in varsta trebuie sa fie capabile sa traiasca in siguranta si ambianta adaptata capacitatilor si preferintelor lor.
	6. Persoanele in varsta ar trebui sa fie ajutate sa locuiasca in casa lor cat mai mult timp posibil.
Participare	7. Persoanele in varsta ar trebui sa ramana integrate in societate, sa participe activ in formularea si implementarea politicilor care le afecteaza direct bunastarea si sa poata impartasi cunostintele si abilitatile cu tanara generatie.
	8. Persoanele in varsta ar trebui sa fie capabile sa caute si sa dezvolte oportunitati pentru a servi comunitatea ca voluntar, in pozitii potrivite cu interesele si capacitatile lor.
	9. Persoanele in varsta ar trebui sa fie capabile sa formeze asociatii si miscari ale persoanelor in varsta.
Ingrijire	10. Persoanele in varsta ar trebuie sa beneficieze de ingrijirea si protectia familiei si comunitatii in acord cu valorile culturale ale societatii.
	11. Persoanele in varsta ar trebuie sa aiba acces la ingrijirea sanatatii pentru a mentine si recastiga nivelul optim de bunastare fizica, mentala si emotionala si sa previna sau sa intarzie aparitia bolilor.
	12. Persoanele in varsta ar trebui sa aiba acces la serviciile sociale si legale care sa sporeasca autonomia, protectia si ingrijirea lor.
	13. Persoanele in varsta ar trebuie sa fie capabile sa utilizeze nivele convenabile de ingrijire institutionala privind protectia, reabilitarea si stimularea sociala si mentala intr-o ambianta umana si sigura.
	14. Persoanele in varsta ar trebui sa se bucure de drepturile umane si libertatile fundamentale cand locuiesc in adaposturi, institutii de ingrijire pentru batrani, facilitati de tratament, incluzand aici respectul fata de demnitatea, credintele, nevoile si intimitatea lor si fata de drepturile de a lua decizii relative la ingrijirea si calitatea vietii lor.
Auto-realizare	15. Persoanele in varsta ar trebuie sa fie capabile sa foloseasca oportunitatile pentru dezvoltarea potentialului lor.
	16. Persoanele in varsta ar trebui sa aiba acces la resursele de educatie, cultura, spiritualitate si recreere in societate.
Demnitate	17. Persoanele in varsta ar trebui sa traiasca in demnitate si siguranta si sa nu fie exploatate sau abuzate fizic si mental.
	18. Persoanele in varsta ar trebui sa nu fie discriminate cu privire la varsta, sex, rasa sau etnie, dizabilitate sau alt statut si sa fie tratate egal indiferent de contributia lor economica.

Tabelul Nr. 10: Drepturile persoanelor in varsta stipulate de Natiunile Unite (1991).

Pe de alta parte acest model de interventie este bazat si pe ideile lui Kurrle si Sadler (1994), care recomanda ca interventia sa se bazeze pe principiile de binefacere si autonomie. Prin principiul binefacerii ei inteleg actionarea in maniera de a face bine, de a indeparta abuzul

si ceea ce este daunator si de a preveni daunele ulterioare. Principiul autonomiei este principiul auto-determinarii si demnitatii, dreptul persoanei in varsta de a lua decizii care la randul lor trebuie respectate de ceilalti. Intre aceste doua principii poate exista uneori o tensiune atunci cand batranul doreste sa ramana in situatia abuziva, in ciuda daunelor pe care le are. Acesti autori recomanda urmatoarele raspunsuri comunitare fata de problema batranului abuzat: interventia in criza, organizarea de servicii comunitare pentru batrani si indrumarea celor abuzati la acestea, servicii de ingrijire temporara (“*respite care*”), consiliere, tratament specific pentru ingrijitorul abuziv, organizarea de adaposturi pentru batrani unde sa se poata refugia temporar cei abuzati, urmarirea in justitie a faptuitorilor si programe de asistenta juridica pentru batranii abuzati.

2.14.1. Raspunsul imediat in criza:

Sunt cativa pasi de baza care trebuie parcursi de clinicianul din criza, indiferent daca batranul se afla telefon sau daca este in serviciul de raspuns la criza. Raspunsul imediat este ceea ce se intampla in primele secvente ale contactului cu persoana invarsta care a fost abuzata, respectiv care a reclamat abuzul sau careia i s-a descoperit situatia abuziva prin mijloacele de screening:

- Asigura-te ca batranul este in siguranta, ca nu este in pericol de a fi abuzat fizic de agresor, nu este suicidar sau ca nu are probleme medicale ca si consecinta a abuzurilor curente si care necesita asistenta medicala imediata;
- Daca subiectul este suicidar, declanseaza secventa de evaluare si interventie in functie de severitatea ideilor suicidare, a intentiei, planului de suicid si a accesului la mijloacele de suicid;
- Daca exista probleme medicale, invita si insoteste batranul in serviciul de urgenta unde va fi evaluat medical si va primi ingrijirile necesare; fa cu el contractul de a fi vazut ulterior din nou de lucratorul de criza pentru a se continua evaluarea, interventia si planul de siguranta; transfera responsabilitatea catre personalulului din serviciul de urgenta si stabileste modalitatea de a trimite inapoi clientul la serviciul de criza sau oportunitatea contactelor de urmarire; transferul responsabilitatii catre un alt serviciu nu inseamna ca clinicianul din criza s-a derobat de responsabilitatea fata de client, el i-l va urmari pe tot traseul de suport, pana cand se afla in afara oricarui pericol de abuz;

- Ramai singur cu batranul in comunicare, nu accepta ca alte persoane sa fie de fata, dedramatizeaza situatia daca exista insotitori care se manifesta emotional; aminteste-ti ca victima este clientul tau si nu intreaga familie;
- Asigura-te de capacitatea auditiva si cea cognitiva a subiectului pentru a comunica clar si a nu exista confuzii;
- Exploreaza cu tact consecintele emotionale ale abuzului si furnizeaza raspuns rapid la acestea;
- Re-autorizeaza si re-imputerniceste subiectul: asigura-l ca ceea ce s-a intamplat nu este vina lui, el nu merita sa fie abuzat, ca orice forma de abuz este inacceptabila in societate, ca el nu trebuie sa mai tolereze abuzul, ca el are dreptul sa-si controleze viata lui si nu persoana care-l ingrijeste, ca daca tolereaza abuzul exista riscul ca abuzul sa se amplifice in timp; ca are posibilitatea de a trai in siguranta si demnitate. Nu te concentra pe deficientele batranului, pe necesitatea de a fi ajutat in ingrijire, ci din contra, subliniaza capacitatile, abilitatile si calitatile lui;
- Nu presa subiectul sa-ti furnizeze amanunte pe care nu le vrea facute publice, nu-l provoca, exista riscul sa nu mai continue sa vorbeasca;
- Asigura-l de confidentialitatea conversatiei si a datelor dezvaluite;
- Vorbeste de mandatul tau de a impartasi datele cu personalul din reseaua de ingrijire a batranilor abuzati, pe baza carora va fi plasat in cea mai buna pozitie de ingrijire si siguranta, conform contextului in care se afla;
- Intreaba-l daca vrea sa comunice cu cineva anume si ofera-i mijloacele necesare pentru aceasta (de ex. telefon);
- Intreaba-l daca are nevoie de adapost temporar; batranul nu trebuie nici incurajat nici descurajat sa ramana in relatie cu abuzivul; permite subiectului sa ia deciziile pe care le considera adecvate; constituie-te in partenerul batranului cand ia decizii si nu in sfatuitorul sau mentorul lui;
- Intreaba-l daca are nevoie de asistenta juridica pentru a se proteja si trai in siguranta;
- Exploreaza alte optiunile personale disponibile;
- Oferă informatii despre serviciul de criza si modul cum se poate contacta;
- Documenteaza cat de repede despre raspunsul oferit batranului.

2.14.2. Restaurarea sperantei, drepturilor, demnitatii si bunastarii:

Se incepe prin furnizarea de mesaje de suport si speranta pornind de la constatarea ca persoana in varsta care a experimentat un abuz traieste sentimente de deceptie, lipsa de speranta si ajutor, insingurare, descurajare, stima de sine scazuta. Aceste mesaje trebuie furnizate fara compasiune exagerata, ci exprimate cu elocventa, simplu si neutru din punct de vedere emotional, transmise printr-un stil conversational si nu printr-o “predica”:

- afirma ca abuzul se poate petrece la orice varsta si el/ea nu trebuie sa aiba sentimente de jena, rusine, vinovatie; nimeni, indiferent de varsta, nu merita sa fie abuzat sau exploatat doar pentru ca are nevoie sa fie sprijinit/ingrijit, indiferent de varsta;
- afirma ca el/ea are dreptul sa traiasca in demnitate si fara frica, intr-o ambienta sigura, sanatoasa si sa aiba relatii adecvate cu cei din jur;
- nu este singur, multi alti oameni au fost abuzati dar au putut sa rezolve aceasta problema si sa redobandeasca controlul propriei vieti si sa ia deciziile pe care le-au dorit;

Apoi se continua cu afirmarea competentei si capacitatii sale individuale, cu scopul de a re-incredinta subiectul ca are capacitatea de a decide si de a-si controla existenta:

- abuzul pe care l-a suferit nu inseamna ca este slab sau incapabil;
- subiectul sa-si reaminteasca de cate ori a avut alegeri si decizii valoroase in trecut, sa se increada in capacitatea lui de a depasi greutati;
- focalizeaza discutia pe capacitati si competente si nu pe deficiente si esecuri;
- asigura subiectul ca este pe deplin indrituit sa fie considerat competent si capabil sa ia deciziile pe care le doreste si care-l conduc spre bunastare si autonomie; abuzul nu este un motiv sa creada altfel;
- nimanui nu-i este permis sa ia decizii in numele lui fara autorizarea lui; varsta si avatarurile ei nu sunt motive sa gandeasca altfel;
- asigura-l ca are dreptul de a hotara care este raspunsul la abuzul care l-a trait, de ex. sa nu intreprinda nimic, sa se reintoarca in relatia anterioara, sa caute un alt loc de ingrijire, sa se protejeze prin utilizarea drepturilor legale, etc;

2.14.3. Informarea si indrumarea spre resursele existente:

In aceasta faza lucratorul din criza furnizeaza informatii despre servicii de suport si realizeaza contactul cu acestea.

In contextual re-imputernicirii si re-autorizarii subiectului cu capacitatea de a lua propriile decizii se poate intampla ca el sa doreasca sa nu sa paraseasca relatia abuziva. Pentru aceasta se discuta despre impactul abuzului asupra subiectului, despre abilitatea lui de a recunoaste abuzul in fazele incipiente si de a aprecia consecintele abuzului pe termen scurt si lung.

Subiectul este incurajat sa ia in considerare mai multe variante, dar inainte de toate este bine sa cunoasca spectrul serviciilor de suport pentru batrani din comunitatea din care face parte. O buna informare ofera individului sansa de a lua decizii corecte si realiste, capabile sa fie puse in practica. Aceste servicii se prezinta subiectului intr-o ierarhie, pornind de la serviciile de ingrijire a sanatatii (medicul de familie, serviciul de urgenta de la spital, policlinici cu specialist geriatriu, etc.), trecand pe la cele de suport social (adaposturi pentru batrani, camine pentru batrani, servicii specifice pentru persoane abuzate, cantine de ajutor, ONG specifice pentru batrani, grupuri de auto-ajutor pentru batrani, etc.) si sfarsind cu la cele juridice si de ordine publica (politie, centru de medicina legala, servicii de asistenta juridica). Prezentarea acestor servicii se face scurt si clar cuprinzand ceea ce ele ofera, amplasarea lor, modul de contactare, accesibilitatea lor si cat de repede raspund cand sunt solicitate (de ex. raspuns imediat, au lista de asteptare, cine are prioritate, etc.).

In mod normal, intr-o comunitate bine structurata in care protectia si bunastarea indivizilor care o compun este o prioritate, exista o paleta intreaga de agentii, institutii, organizatii care pot fi accesate pentru a oferi sprijin si protectie batranilor cu probleme de abuz. Lucratorul din criza are prin mandatul activitatii sale legaturi preformate cu aceste entitati si rolul sau este sa mentina in viata aceste legaturi, impreuna cu clientul sau sa traca in revista aceste resurse ale comunitatii si sa stabileasca care sunt cele mai potrivite pentru situatia saparticular a subiectului in cauza si sa-l refere la cele alese de comun acord.

In general aceste resurse comunitare se pot imparti in:

- institutii si organizatii de protectie si siguranta precum politia, procuratura, asociatii de locatari, grupe de supraveghere reciproca (“watching community”);

- institutii si organizatii de raspuns in caz de necesitati urgente precum serviciul SMUD, serviciul de interventie in criza, serviciul de pompieri, centre de asistenta sociala, etc.
- institutii si organizatii pentru ingrijirea sanatatii, precum medici de familie, servicii de urgenta, policlinici cu specialist in geriatrie, centre de diagnostic si tratament, centre de sanatate mentala, camine pentru ingrijire boli cronice, servicii speciale pentru combaterea abuzului de alcool si droguri, centre teritoriale ale Ligii Nationale de Sanatate Mentala, etc.
- institutii si organizatii pentru protectia si ajutorul persoanelor invarsta precum ONG-uri cu acest obiect de activitate, camine de batrani, adaposturi pentru batrani, asociatii de pensionari, grupuri de auto-ajutor pentru batrani, casa de ajutor reciproc a pensionarilor;
- institutii si organizatii de combatere a violentei familiale/domestice precum organizatii si ONG-uri specifice, adaposturi pentru persoanele abuzate, centre de raspuns pentru persoanele abuzate, serviciile de asistenta sociala de pe langa primarii, etc.
- institutii si organizatii pentru apararea drepturilor cetatenesti precum Procuratura, servicii de asistenta juridica si altele, organizatii de asistenta sociala;
- institutii si organizatii pentru asigurarea bunastarii persoanelor dezavantajate precum cantine de ajutor, asociatia Caritas, Asociatia Crucea Malteza, Asociatii bisericesti, serviciul de asistenta sociala teritorial, Inspectoratul teritorial pentru persoanele cu handicap, organizatii de binefacere si altele.

Lucratorul din programul de criza trebuie sa aiba pentru fiecare din aceste servicii cartile lor de vizita si sa le inmaneze subiectului pe masura ce sunt prezentate. Lucratorul din programul de criza trece in revista cu pacientul sau aceste resurse comunitare si discuta care ar fi cele care ar raspunde cel mai bine nevoilor lui imediate. Aceste resurse se judeca atat dupa capacitatea lor de a oferi un ajutor specific, cat si dupa accesibilitatea si adresabilitatea imediata fata de situatue subiectului in cauza. In mod colaborativ se stabileste ce resurse comunitare vor fi accesate si acestea vor fi prioritizate in functie de nevoile de moment ale subiectului. In final lucratorul in criza se ofera sa faca el contactul cu cele pe care subiectul le vrea contactate imediat. Contactul se face imediat la telefon, prezentand cazul subiectului care este in program sau asteapta la telefon, fara a dezvalui datele confidentiale, ci doar nevoile acestuia si urgenta lor si in final se obtine numele persoanei de contact, timpul, data si adresa la care batranul este asteptat in acel serviciu. Se inmaneaza subiectului un imprimat special cu antetul serviciului de criza, numele clinicianului, numele subiectului si data la care a fost vazut

de clinician, serviciul la care este indrumat, adresa, numarul de telefon, numele persoanei de contact si ziua si ora intalnirii. Se asigura ca subiectul are mijloace pentru a se deplasa la serviciul selectat sau daca nu, lucratorul din criza ii ofera un voucher de transport (pentru autobuz sau taxi) sau se apleaza la lista de voluntari care ofera transport pentru persoane in nevoie. Lucratorul din criza asigura subiectul de disponibilitatea de ajutor in continuare si de urmarirea realizarii a ceea ce s-a stabilit deja. Activitatea din aceasta faza se incheie astfel cu transferul responsabilitatii catre alte servicii, cu documentarea activitatii desfasurate si stabilirea unui contact de "follow-up" cu subiectul si cu serviciul la care a fost indrumat. Daca subiectul a refuzat contactul cu aceste servicii, lucratorul din criza documenteaza activitatea de educare si indrumare si refuzul subiectului de a apela la aceste servicii, precum si disponibilitatea serviciului de a ramane deschis la o astfel de indrumare.

2.14.4. Formularea unui plan de siguranta/urgenta:

Planul de siguranta sau de urgenta este o strategie specifica care are ca scop asigurarea si sporirea sigurantei persoanei abuzate si/sau in pericol de a fi abuzata. Clinicianul colaboreaza cu subiectul pentru a formula si implementa un set de masuri prin care acesta din urma va putea sa previna si sa faca fata situatiilor care-l supun la risc, incluzand o serie de masuri de raspuns la amenintari sau abuzuri si o lista de resurse disponibile in caz de urgenta/risc fizic. Acest plan este de fapt un ghid pe care victima trebuie sa-l urmeze atunci cand se simte amenintata si care-l inarmeaza cu metode si capacitatea de a face fata si de a se simti in siguranta. Planul de siguranta trebuie sa fie fluid si trebuie sa fie revizuit periodic pentru a fi in concordanta cu contextual in care traieste subiectul. Acest plan se poate considera ca un plan de urgenta care trebuie activat doar atunci cand e cazul.

In alcatuirea planului de siguranta trebuie sa intre mai multe tipuri de strategii:

- (i) strategii de preventie a abuzului (relatiile cu persoana abuziva, timpul de contact dintre ei, modificarea raportului dintre ei, modalitati de comunicare si evitarea confruntarii, locuri unde poate sa-si schimbe rezidenta);
- (ii) strategii de protectie (stabilirea unei rute de scapare, ruperea contactului cu abuzivul, locuri unde se poate refugia);
- (iii) strategii de notificare (persoanele si serviciile pe care le va apela pentru a notifica abuzul si l-a reclama);

- (iv) strategii de suport specific (persoanele sau serviciile pe care le va apela pentru ajutor specific, precum serviciul de criza, medicul de familie, serviciul de urgenta, servicii de consiliere pentru batrani, grupuri de auto-ajutor pentru batrani, ONG-uri dedicate persoanelor invarsta);
- (v) strategii pentru suport emotional (muzica, relaxare, exercitii fizice, hobiuri, prieteni, activitati comunitare recreative, activitati spirituale/religioase).

Mai jos se prezinta cum arata un plan de siguranta simplu:

- fa din timp o lista cu persoane si servicii la care sa apelezi in caz de nevoie;
- fa din timp un dosar cu copii ale documentelor importante si dubluri de chei si da-le spre pastrare unei persoane de incredere;
- alcatuieste din timp un "plan de scapare" care cuprinde locurile unde te vei duce daca esti abuzat si nu mai poti sa stai impreuna cu acesta, pune intr-o geanta sau valiza lucrurile importante pe care vrei sa le iei cu tine ca sa poti avea acces repede la ele (acte de identitate, o suma de bani, cheile pe care vrei sa le pastrezi pentru acces, documente importante precum certificate de nastere, documente bancare, etc. medicamente, ochelari, haine si obiecte personale, o lista cu telefoanele si adresele persoanelor si serviciilor de care ai nevoie, lucruri cu valoare sentimentala precum fotografii, scrisori, bijuterii);
- daca te agreseaza cineva incearca sa rupi contactul cu acesta si sa te pui la adpost;
- nu continua discutii aprinse sau confruntari cu o astfel de persoana;
- spune cuiva in care te increzi ce ti s-a intamplat; acesta poate fi un membru de familie, un prieten, un cunoscut, un asistent social, doctor sau oricine altcineva in care ai incredere;
- foloseste lista cu persoane si servicii pentru a telefona pentru ajutor si indrumare;
- daca nu ai o asemenea lista cauta pe internet cuvinte cheie ca: <abuzul fata de batrani>, <abuz>, <violenta contra persoanelor in varsta>, <violenta familiala>, <servicii de protectie pentru batrani>
- telefoneaza sau du-te in persoana la serviciul de criza si solicita ajutor;
- telefoneaza la serviciul 211 sau la Politie pentru a te pune la adpost de abuz si reclama ceea ce ti s-a intamplat;
- mergi la serviciul de urgenta de la spital pentru consecintele abuzului;

Planul de siguranta trebuie sa fie adaptat fiecarei persoane in parte, sa cuprinda elementele particulare ale conditiei in care traieste si el poate sa mai cuprinda schimbari in elementele interioare ale locuintei, schimbarea relatiei cu ingrijitorul abuziv, modificarea programului de vizite ale ingrijitorului, efectuarea de contacte regulate cu membrii de familie sau cu alte persoane de incredere, stabilirea de vizite regulate cu medical de familie si locurile exacte in care poate sa se refugieze in caz de forta majora. In Anexa Nr. 10 se prezinta un model elaborat de plan de siguranta pentru diferite situatii asa cum a fost conceput de National Clearinghouse on Abuse in Later Life – NCALL.

2.15. Contactele de urmarire (“Follow-up”):

Contactele de urmarire au ca scop evaluarea situatiei existente a subiectului (scurta evaluare a riscului imediat al subiectului (de ex. ideatia suicidara), a situatiei sale emotionale, a subiectului, a functionarii lui, a capacitatii de coping, a capacitatii de a lua decizii corecte), reintarirea mesajelor de suport comunicate in timpul interventiei, asigurarea ca subiectul este in siguranta, realizarea obiectivelor stabilite cu prilejul contactului anterior si exprimarea disponibilitatii de a continua suportul oferit. Cu aceasta ocazie se trece in revista si planul de siguranta si se fac eventuale corectii.

Aceste contacte de urmarire se fac la telefon si datele la care se fac, frecventa lor, se stabilesc in prima intalnire cu clinicianul din criza, iar oportunitatea continuarii lor se discuta dupa fiecare din ele. Aceste contacte de urmarire se documenteaza si ele reprezinta note separate in dosarul clientului, sub forma electronica sau pe hartie.

2.16. Documentarea

Documentarea reprezinta o activitate care acopera toate fazele interventiei in criza, respectiv contactul cu subiectul, evaluarea, interventia propriu-zisa, planul de siguranta, indrumarea la alte servicii si contactele de follow-up si constau in formularea unor note scrise, electronic sau pe hartie, despre activitatile intreprinse cu subiectul. Prin documentare se deconteaza activitatea clinicianului si se asigura ca aceasta a fost facuta conform codurilor si procedurilor de buna practica si considerentelor etice si morale care stau la baza lor. Aceste documente sunt permanent verificate de supervisorul programului, sunt subiectul unui feedback profesional de la acesta si pot deveni probe in cazul in care problema subiectului a

devenit subiect de drept. In situatia in care se cunoaste care este deznodamantul final al cazului, se formuleaza o nota clinica despre aceasta si relatia lui cu activitatea intreprinsa de clinicianul din criza. ,

Toate fazele activitatii clinicianului descrise mai sus se succed intr-o secventa standardizata a interventiei in criza in mai multi pasi si acest algoritm este formalizat grafic in Figura Nr. 3

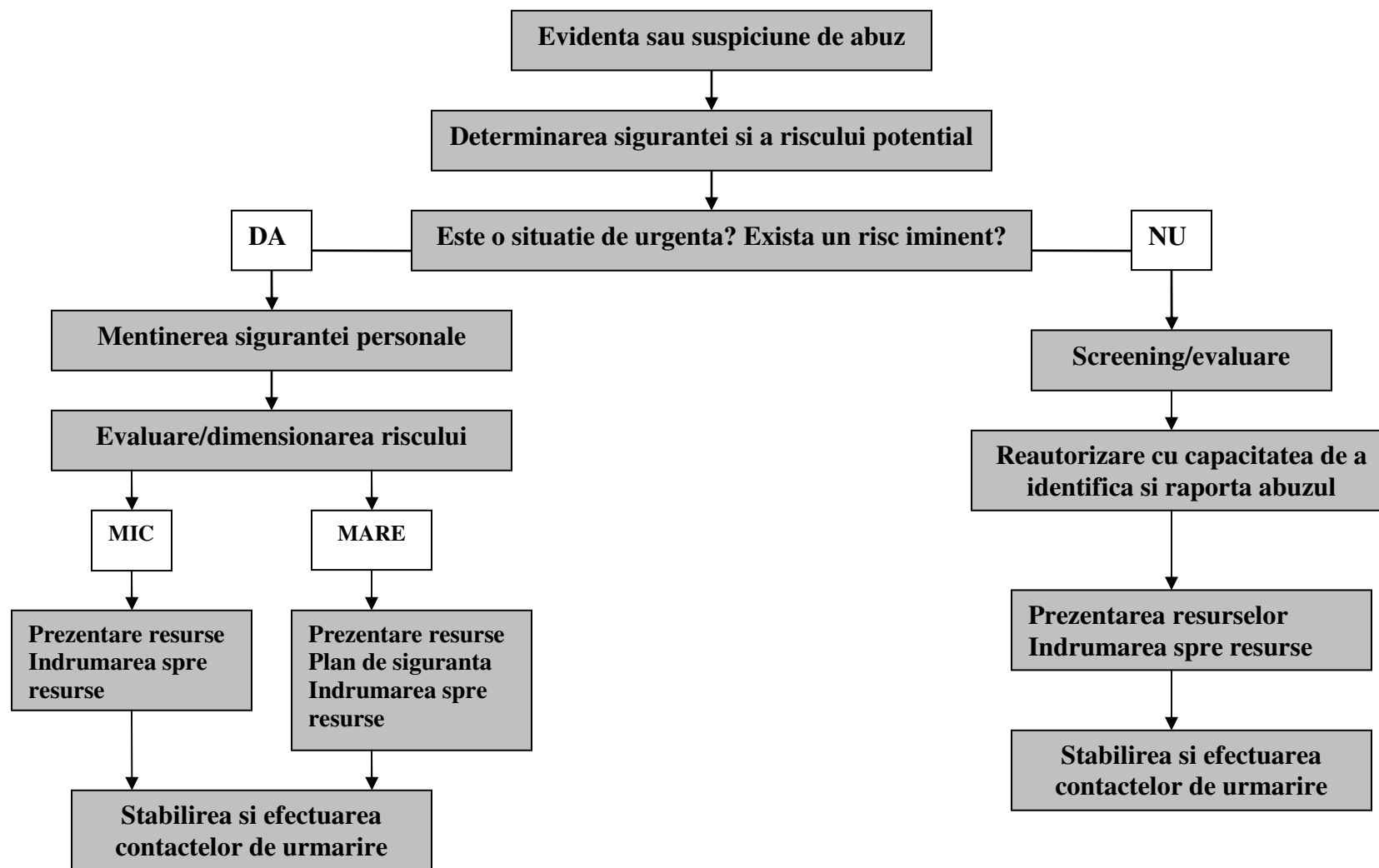


Fig. Nr. 3: Secventa activitatilor de evaluare si interventie in criza batranului abuzat

Bibliografie:

Abrams D, Eller A, Bryant J (2006): An age apart: The effects of intergenerational contact and stereotype threat on performance and intergroup bias, *Psychology and Aging*, 21: 691–702.

Action on Elder Abuse (2004): *Hidden Voices: Older People's Experience of Abuse*. An analysis of calls to the Action on Elder Abuse helpline, London: Astral House.

Action on Elder Abuse (2010) 'What is elder abuse?' available online at [http://www.elderabuse.org.uk/About Abuse/What is abuse define.htm](http://www.elderabuse.org.uk/About%20Abuse/What%20is%20abuse%20define.htm).

American Medical Association, Council on Scientific Affairs (1987): Elder Abuse and Neglect, *JAMA* 256: 966.

American Medical Association (1992): *Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect*, Chicago, IL: American Medical Association.

Anetzberger GJ (1997): Elderly adult survivors of family violence: Implications for clinical practice. *Violence against Women*, 3 (5): 499-514.

Anetzberger G J (2000): Caregiving: Primary cause of elder abuse? *Generations*, 26(2): 46–51.

Anetzberger GJ (2001): Elder abuse identification and referral: The importance of screening tools and referral protocols, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13(2): 3-22.

Anetzberger GJ (2005): The reality of elder abuse, *The Clinical Gerontologist*, 28(1/2): 1-25.

Anthony EK, Lehning A, Austin MJ, Peck MD (2009): Assessing elder mistreatment: Instrument development and implications for adult protective services, *Journal of Gerontological Social Work*, 52:815-836.

Austin MJ, Anthony EK, Lehning AJ, Peck MD (2007): Instruments for assessing elder mistreatment: Implications for adult protective services, *Evidence for practice, An Executive Summary*, University of California at Berkeley, School of Social Welfare (BASSC), Berkeley, CA.

Bachman R, Saltzman L (1995): *Violence against Women: Estimates from the redesigned survey*, Washington, D.C. Bureau of Justice Statistics.

Baker AA (1975): Granny Battering. *Modern Geriatrics*, August:20-24.

Beck U (1999): *World Risk Society*. Cambridge: Polity Press.

Beck U, Beck-Gernsheim B (2002): *Individualization: Institutionalized individualism and its social and political consequences*. London: Sage.

Bennett G, Levin SL, Straka S (2002): *Missing voices: Views of older persons on elder abuse*. Geneva: World Health Organization.

Bomba P (2006): Use of a single page elder abuse assessment and management tool: A practical clinician's approach to identifying elder mistreatment. *Journal of Gerontologic Social Work*, 46(3/4): 103-122.

Bonnie RJ, Wallace RB (Eds.) (2003): *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*, Washington, DC: The National Academies Press.

Brandl B (2004): *Assessing for abuse in later life*, National Clearinghouse on Abuse in Later Life (NCALL): A Project of the Wisconsin Coalition Against Domestic Violence, Madison, Wisconsin.

Brandl B, Bitano-Dyer C, Heisler C, Marlott-Otto J, Stiegel L, Thomas D (2006): *Elder abuse detection and intervention: A collaborative approach*. New York: Springer.

Brandl B, Horan DL (2002): *Domestic violence in later life: An overview for health care providers*, in C Reyes et al (Eds.): *Domestic violence and health care: Policies and Prevention*, London: The Haworth Medical Press.

Brozowski K, Hal D (2003): *Elder abuse in a risk society*, *Geriatrics Today*, 6: 167-172.

Bugental DB, Hehman JA (2007): *Ageism: A review of research and policy implications*, *Social Issues and Policy Review*, 1(1): 173—216.

Burnight K, Mosqueda L (2011): *Theoretical model development in elder mistreatment: Technical Raport*, Award Number: 2005-IJ-CX-0048, The Regents of the University of California, UC, Irvine, School of Medicine, Program in Geriatrics

Burston G (1977): *Do your elderly patients live in fear of being battered?* *Modern Geriatrics*, 7: 54-5.

Butler RN (1999): *Ageism: Another form of bigotry*. *The Gerontologist*, 19(2): 234-464.

Bytheway B (1995): *Ageism*, Open University Press, Buckingham and Philadelphia.

Bytheway B (2005): *Ageism and Age Categorization*, *Journal of Social Issues*, 61 (2): 361-374.

Callahan JJ (1988): *Elder abuse: Some questions for policymakers*, *The Gerontologist*, 28(4): 453-458.

Canadian Centre for Justice Statistics (2000): *Family violence in Canada: a statistical profile 2000*, Ottawa: Health Canada.

Canadian Elder Statistics (2009): Institute of Marriage and Family Canada, www.imfcanada.org/.../Canadian%20Elder%20Abuse%20Statistics_0...

Carney MT, Kahan FS, Paris BEC (2003): Elder abuse: Is every bruise a sign of abuse? *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 70(2): 69-74.

Chawla R (1991): Dependency ratios, *Canadian Social Trends*, Spring, 3-5.

Cohen M, Halevi-Levin S, Gagin R, Friedman G (2006): Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers, *Journal of Aging and Health*, 18(5): 660-685.

Conrad KJ, Iris, M, Ridings JW, Rosen A, Fairman KP, Anetzberger GJ (2011): Conceptual model and map of psychological abuse of older adults, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 23:147-168.

Cooper C, Selwood A, Livingston G (2008): The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review, *Age and Ageing*, 37: 151-160.

Crichton SJ, Bond Jr.JB, Harvey CDH, Ristock J (1999): Elder abuse: Feminist and ageist perspectives, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10(3/4): 115-130.

Cuddy AJC, Norton MI, Fiske ST (2005): This old stereotype: The stubbornness and pervasiveness of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61: 267-285.

Dyer C, Rowe J (1999): Elder abuse, *Trauma*, 1:163-169.

Eastman M (1983): 'Granny Battering, a Hidden Problem', *Community Care*, May, 11-13.

Erlingsson CL (2007): Searching for elder abuse: A systematic review of database Citations, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19: 59-78.

Erlingsson CL, Carlson SL, Saveman BI. (2003): Elder abuse risk indicators and screening questions: Results from a literature search and a panel of experts from developed and developing countries, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 15(3/4): 185-203.

Fitzpatrick MJ, Hamill SB (2011): Elder abuse: Factors related to perceptions of severity and likelihood of reporting, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 23:1-16.

Fulmer T (2003): Elder abuse and neglect assessment, *Journal of Gerontological Nursing*, 29(6): 4-5.

Giddens A (1999): *Runaway world: How Globalization is reshaping our lives*. London: Profile Books.

Hagestad GO, Uhlenberg P (2005): The Social separation of old and young: A root of ageism, *Journal of Social Issues*, 61 (2): 343—360.

Harbison J, Morrow M (1998): Re-examining the social construction of elder abuse and neglect: A Canadian perspective, *Ageing and Society*, 18: 691-711.

Higgs P (1995): Citizenship and old age: the end of the road. *Ageing and Society*, 15: 535-550.

Hwalek M, Goodrich CS, Quinn K (1996): The role of risk factors in health care and adult protective services, in LA Baumhover & SC Beall (Eds.): *Abuse, neglect and exploitation of older persons*, Baltimore: Health Professions Press.

Hudson MF (1991): Elder mistreatment: A taxonomy with dwefinitions by Delphi, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3(2): 1-20

Hudson MF, Carlson JR (1998): Elder abuse: expert and public perspectives on its meaning, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 9(4): 77-97.

Kosberg JI, Garcia JL (Eds.) (1995): *Elder Abuse in international and cross-cultural perspective*. New York: The Haworth Press.

Kosberg JI, Lowenstein A, Garcia JL, Biggs S (2003): Study of elder abuse within diverse culture, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 15(3-4): 71-89.

Krienert JL, Walsh JA, Turner M (2009): Elderly in America: A descriptive study of elder abuse examining National Incident-Based Raporting System (NIBRS) data, 2000-2005, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21: 325-345.

Kurrle S, Naughtin G (2008): An overview of elder abuse and neglect in Australia, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(2): 108-125.

Kurrle S, Sadler P (1994): *Assessing and managing abuse of older people: a handbook for the helping professions*, Office on Ageing & Alpha Biomedical Communications, Sydney

Kurzban R, Leary MR (2001): Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127: 187–208.

Lachs M, Williams C, O'Brien S, Pillemer K, Charlson M (1998): The mortality of elder mistreatment, *Journal of the American Medical Association*, 280(5): 428-432.

Levy BR, Banaji MR (2002): Implicit ageism, in TD Nelson (Ed.): *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*, Cambridge, MA: MIT Press.

Loue SJD (2001): Elder abuse and neglect in medicine and law, *The Journal of Legal Medicine*, 22:159–209.

Lowenstein A (2009): Elder abuse and neglect—"Old Phenomenon": New directions for research, legislation, and service developments, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21: 278–287.

Marshall CE, Benton D, Brazier JM (2000): Elder abuse: Using clinical tools to identify clues of mistreatment, *Geriatrics*, 55(2): 42-44, 47-50, 53.

McCreadie C (1996): Elder abuse: update on research. London: Age Concern, Institute of Gerontology, King's College London.

McDonald L (2011): Elder abuse and neglect in Canada: The glass is still half full, *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 30(3): 437-465.

National Center on Elder Abuse (1998): *The National Elder Abuse Incident Study*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

National Center on Elder Abuse (2010): Frequently asked questions: What is elder abuse? http://www.ncea.aoa.gov/NCEAroot/Main_Site/FAQ/Questions.aspx

National Clearinghouse on Abuse in Later Life (2006): *Abuse in later life*, Madison: Wisconsin, <http://www.ncall.us>.

National Survey on Elder Abuse and Neglect in Israel (2004), www.eshelinfo.org.il.

Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Stahl C (1991): Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test, *Journal of Applied Gerontology*, 10(4): 406-415.

Nelson TD (2005): Ageism: Prejudice against our feared future self, *Journal of Social Issues*, 61(2): 207—221.

Nolan M (1993): Carer-dependent relationship and the prevention of elder abuse, in P Declamer and F Glendenning (Eds.): *The Mistreatment of Older People*, London: Sage.

O'Brien JG (2010): A physician's perspective: Elder abuse and neglect over 25 years, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 22: 94–104.

O'Keeffe M, Doyle M, McCreadie C, Scholes S et al. (2007): *UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Prevalence Study Report*, London: National Centre for Social Research.

Palmore E (2003): *Ageism: Negative or Positive*. 2nd Edition, New York: Springer Publishers.

Perel-Levin S (2008): *Discussing screening for elder abuse at primary health care level*, World Health Organization, Switzerland: Geneva.

Pillemer K, Suitor JJ (1992): Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 47(4): S165-S172.

Ploeg J, Fear J, Hutchison B, MacMillan H, Bolan G (2009): A systematic review of interventions for elder abuse, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(3): 187- 210.

Podnieks E, Penhale B, Goergen T, Biggs S, Han D (2010): Elder Mistreatment: An International Narrative, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 22:131–163.

Post L, Page C, Conner T et al (2010): Elder abuse in long-term care: Types, patterns, and risk factors, *Research on Aging* 32(3): 323–348.

Pritchard J (2001): *Male victims of elder abuse*. London: Jessica Kingsley.

Pryor JB, Reeder GD, Yeadon C, Hesson-McInnis, M. (2004): A dual-process model of reactions to perceived stigma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87: 436–452.

Ramsay J, Richardson J, Carter YH et al. (2002): Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review, *British Medical Journal*, 325: 314–326.

Ramsey-Klawnsnik H (2000): Elder-abuse offenders: A typology, *Generations*, 24(2): 17-22.

Reis M, Nahmiash D (1995): Validation of the caregiver abuse screen (CASE). *Canadian Journal on Aging*, 14: 45-60.

Reis M, Nahmiash D (1998): Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38: 471-480.

Riggs DS, O’Leary KD (1996): Aggression between heterosexual dating partners: An examination of a causal model of courtship aggression, *Journal of Interpersonal Violence*, 11: 519–540.

Rosenblatt DE, Cho KH, Durance PW (1996): Reporting mistreatment of older adults: The role of physicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44: 65–70.

Sijuwade PO (2009): Attitudes towards old age: A study of the self-image of aged, *Studies on Home and Community Science*, 3(1): 1-5.

Spangler D, Brandl B (2007): Abuse in later life: power and control dynamics and a victim-centered response, *Journal of America Psychiatric Nurses Association*, 12(6): 322-331.

Stein KF (1991): A national agenda for elder abuse and neglect research: issues and recommendations. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 3: 91-108.

Turner J (1995): *Canadian Social Welfare*. Allyn and Bacon Canada, Scarborough, Ontario.

United Nation (1991): Principles for Older Persons, Adopted by General Assembly resolution 46/91 of 16 December 1991

United Nation (2007): Report on the fortieth session of the Commission on Population and Development, (10 May 2006 and 9-13 April 2007), Economic and Social Council Official Records, 2007, Supplement No. 5 (E/2007/25), Geneva, Switzerland.

United Nation (2009): World Population Ageing – 2009, Department of Economic and Social Affairs Population Division, Geneva, Switzerland.

Walsh CA, Olson JL, Ploeg J, Lohfeld L, MacMillan HL (2011): Elder abuse and oppression: Voices of marginalized elders, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 23:17–42.

Warshaw C (1993): Domestic violence: challenges to medical practice. *Journal of Women's Health*, 2: 73–80.

Wolf RS (1997): Elder abuse and neglect: An update, *Reviews in Clinical Gerontology*, 7: 177-182.

Wolf RS (2000): Introduction: The nature and scope of elder abuse, *Generations*, 24(2): 6-12

Wolf RS, Pillemer K (1989): *Helping elder victims: The reality of elder abuse*, Worcester, MA: University Center on Aging, University of Massachusetts Medical Center.

World Health Organization/INPEA (2002): *Missing voices: Views of older persons on elder abuse*. Geneva, World Health Organization.

Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D (2008): Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI), *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(3): 276-300.

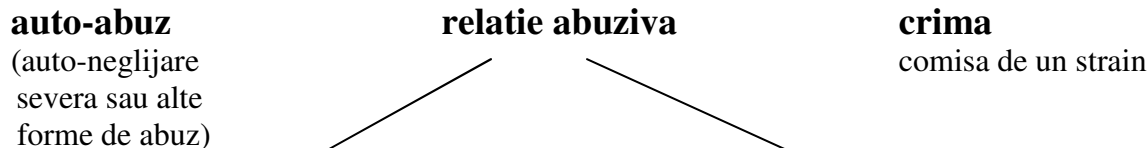
Anexa Nr. 1:

Definitia si taxonomia abuzului la batrani (Margaret Hudson, 1991)

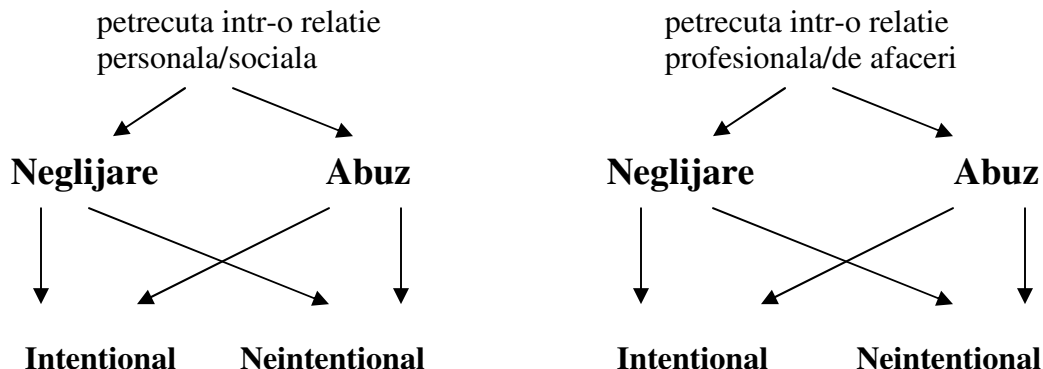
Nivelul I:
General

Violenta implicand un batran

Nivelul II:
Relatiile dintre
victima si
faptuitor



Nivelul III:
Cat de daunator este
comportamentul abuziv



Nivelul IV:
Scopul/motivarea
comportamentului abuziv

Nivelul V:
Tipul de comportament abuziv

- Fizic
- Psihologic
- Social
- Financiar

- Fizic
- Psihologic
- Social
- Financiar

Abuz fata de batran: comportament daunator/agresiv/invaziv care este directionat catre un batran si care se petrece in contextual unei relatii care presupune incredere si care este suficient de frecvent si/sau intens ca sa produca efecte fizice, psihologice, sociale si/sau financiare sau suferinta, raniri, durere, pierderi si/sau violarea drepturilor umane si deteriorarea calitatii vietii pentru batran.

Anexa Nr. 2

Tacticile folosite pentru control si putere in abuzul batranilor:

Abuzul fizic

- Lovire, impingere, strangere,
- Impunerea fortata a unei pozitii,
- Retinerea cu forta in scaun sau in pat.

Abuzul sexual

- Hartuire sexuala in timpul ingrijirii
- Fortarea de acte sexuale
- Fortarea batranului de a privi scene pornografice

Abuzul psihologic

- Angajarea in comportamente aberante
- Umilire publica

Abuzul emotional

- Strigate, insulte, porecle
- Blamare, umilire

Manipularea vulnerabilitatilor si neglijarea

- Ascunderea sau impiedicarea accesul la lucrurile necesare zilnice
- Refuzarea transportului
- Refuzarea furnizarii mancarii, caldurii, ingrijirii sau medicatiei
- Ignorarea cu buna stiinta a recomandarilor medicale
- Refuzarea ajutorului la imbracare sau imbracarea nepotrivita

Bararea accesului la evenimente traditionale si/sau spirituale

- Refuzarea transportul sau accesul
- Distrugerea obiectelor sau lucrurilor importante pentru spiritualitatea sau traditiile batranului

Ridiculizeaza valorile personale sau culturale

- Lipsa de respect fata de practicile culturale
- Ignorarea valorilor batranului cand se iau decizii

Folosirea membrilor de familie

- Inducerea in eroare a membrilor de familie cu privire la conditia batranului
- Excluderea sau impiedicarea accesul familiei

Izolarea

- Controlul a ceea ce face batranul, pe cine vede si cu cine vorbeste
- Impiedicarea accesului la telefon sau scrisori

Folosirea privilegiilor

- Vorbeste in numele batranului cand se duce la doctor sau la banca
- Ia deciziile majore in numele batranului

Exploatarea financiara

- Fura bani, lucruri si alte posesii
- Abuzeaza de statutul sau sau de cel de tutore

Amenintari

- Amenintari cu parasirea sau cu suicidul
- Amenintarea cu plasarea batranului in institutii de batrani
- Abuzul si terorizarea animalelor de companie
- Aratarea armelor sau amenintarea cu arme

Anexa Nr. 3:**Scala Indiciilor abuzului** (“Indicators of Abuse screen” – IOA; Reis si Nahmiash, 1998)

Scala indiciilor abuzului a fost dezvoltata sa semnalizeze tratamentul abuziv la care este supus un batran. Ea este utila unui clinician pentru a recunoaste timpuriu semnele abuzului. Aceasta scale este un sumar al semnelor de inalt risc pentru abuz si cuprinde 27 itemi.

Scala se aplica atat ingrijitorului cat si batranului care primeste ingrijirile acestuia.

Pentru discriminarea cazurilor de abuz de cele de neabuz indicatorii abuzului sunt trecuti pe doua liste in ordinea importantei, una pentru ingrijitor si alta pentru batran. Mai multi itemi sunt comuni pe cele doua liste.

Dupa un interviu extensiv cu fiecare dintre protagonisti, batranul si ingrijitorul sau, se coteaza fiecare item de pe aceste doua liste pe o scala de la 0 – 4 conform opiniei pe care ti-ai facut-o dupa acest interviu.

Scorul total al scalei poate sa se intinde de la 0 la 108.

Scorul mai mare de 16 este sugestiv pentru abuz

Scala Likert de evaluare a fiecarui item:

- 0 = inexistent
- 1 = usor
- 2 = moderate
- 3 = probabil/sever
- 4 = sever
- 00 = neaplicabil
- 000 = nu stiu

Scala ingrijitorului:

- Are probleme comportamentale
- Este dependent financiar
- Are dificultati mentale/emotionale
- Are probleme de abuz cu alcoolul si drogurile
- Are asteptari nerealiste
- Lipsa de intelegere a conditiei medicale
- Aversiune de a ingriji
- Prezinta conflicte maritale/familiale
- Are relatii proaste in prezent
- Lipsa de experienta in ingrijire
- Obisnuieste sa blameze pe altii
- A avute relatii proaste in trecut

Scala batranului:

- A fost abuzat in trecut
- Prezinta conflicte maritale/familiale
- Lipsa intelegerii conditiei medicale
- Este izolat social
- Lipsa de suport social
- Are probleme comportamentale
- Este dependent financiar
- Are asteptari neraliste
- Are probleme cu alcoolul si drogurile
- Are relatii proaste in prezent
- Prezinta rani sau cazaturi suspicioase
- Are dificultati mentale/emotionale
- Obisnuieste sa blameze pe altii
- Este dependent emotional
- Nu are acelasi doctor in mod regulat

Anexa Nr. 4:**Instrumentul de screening pentru identificarea riscului de abuz facut de ingrijitorii batranilor**

(Screening Tool for Identifying Elderly People at Risk of Abuse by Their Caregivers – Cohen si colab. 2006)

Coteaza raspunsul la fiecare item in functie de cat de certa este problema legata de abuzul ingrijitorului dupa cum urmeaza:

- 5 = cu cea mai mare certitudine este legat de abuz,
- 4 = cu mare certitudine este lagat de abuz,
- 3 = cu ceva certitudine este legat de abuz,
- 2 = cu mica certitudine este legat de abuz,
- 1 = nici o certitudine ca este legat de abuz, sau informatie nedisponibila.

Abuz fizic:

- Traumatisme inexplicabile sau explicatie nesatisfacatoare de cum au fost dobandite
- Hemoragie interna/ traumatisme interne
- Cicatrici vechi si noi
- Cicatrici pe ambele maini si brate
- Arsuri in locuri neobisnuite ale corpului
- Arsuri neuzuale ca forma sau sediu (arsuri de tigara, cu fierul de calcat, etc.)
- Divulgarea de episoade de abuz fizic

Abuz material:

- Neinformați sau parțial neinformați sau confuz despre situația lui financiară (fără deteriorare cognitivă)
- Incapacitate brusca de a plăti sau de a cumpăra alimente sau alte bunuri
- Există o diferență între venitul bătrânului și stilul de viață
- Când se discută despre bani bătrânul devine neliniștit și temător
- Se transferă banii de la bătrân la alta persoană (membru de familie sau îngrijitor)
- Refuzul bătrânului sau a altei persoane (din familii sau nu) de a primi asistentă în managementul banilor
- Transfer de proprietate sau bunuri de la bătrân la alta persoană (din familii sau nu)
- Interes exagerat al membrilor de familie asupra situației materiale a bătrânului
- Un membru de familie fortează sau presează bătrânul să-i dea bani
- Un membru de familie a preluat conducerea finanțelor bătrânului când se pare că nu aceasta a fost voința sau dorința lui
- Divulgarea de exploatare financiară

Neglijare:

- Deshidratare
- Stare de nutritie deficitara
- Hipo/hipertermie
- Imbracaminte nepotrivita
- Dinti lipsa, ochelari nepotriviti, lipsa de aparat auditiv
- Deteriorare brusca si inexplicabila a starii de sanatate
- Lipsa de medicamente sau exagerata nevoie de medicamente neuzuale
- Divulgarea neglijarii

Abuz sexual:

- Pete sau deteriorari ale lenjeriei intime
- Dificultate de a merge sau a sta jos fara ratiuni evidente
- Dureri, arsuri sau sangerari ale organelor genitate
- Divulgarea de abuz sexual

Abuz psihologic:

- Confuzie (fara deteriorare cognitiva)
- Frica exagerata
- Lipsa de interes fata de sine si activitati sociale
- Ambivalenta fata de membrii de familie
- Apatie
- Insulte, injosiri, ignozarea nevoilor si solicitarilor batranului
- Simptome de stress
- Divulgarea de rele tratamente, injuraturi, amenintari, contentionari

Anexa Nr. 5:**Scala suspiciunii abuzului fata de batrani***(Elder Abuse Suspicion Index –EASI)*

Nota: Intrebarile 1, 2, 3, 4 si 5 se pun subiectului Intrebarea 6 se pune profesionistului IN ULTIMELE 12 LUNI:			
1) V-ati bazat pe cineva pentru a face urmatoarele: baie, imbracat, cumparaturi, gatit, mers la banca sau la alte institutii?	Da	Nu	Nu s-a intrebat
2) V-a impiedicat cineva de la a manca, imbraca, a lua medicamente, ochelari, aparat auditiv sau ingrijire medicala sau a fiti cu oamenii cu care doreati sa fiti impreuna?	Da	Nu	Nu s-a intrebat
3) Ati fost suparat din cauza ca cineva v-a vorbit in asa fel incat v-ati simtit rusinat sau amenintat?	Da	Nu	Nu s-a intrebat
4) A existat cineva care v-a fortat sa semnati hartii sau sa va foloseasca banii impotriva vointei Dumneavoastra?	Da	Nu	Nu s-a intrebat
5) V-a facut cineva sa va fie frica, v-a atins intr-un mod in care nu l-ati vrut sau v-a lovit?	Da	Nu	Nu s-a intrebat
6) Profesionistului: Abuzul batranului poate fi asociat cu constatarile precum: prost contact vizual, contact interpersonal greoi, proasta nutritie, igiena personala deficitara, taieturi, echimoze, imbracaminte neglijenta si nepotrivita, probleme de medicatia prescrisa. Ati constatat vreunele din acestea in ultimele 12 luni?	Da	Nu	Nu sunt sigur

Anexa Nr. 6:**Scala rapida de screening al abuzului fata de batrani**
*(Brief Abuse Screening for the Elderly – BASE)***Instructiuni:** Va rog sa raspundeti la fiecare intrebare (asa cum estimati) privind clientul Dvs:

1. Este clientul o persoana in varsta care are un ingrijitor? _____ Da _____ Nu

2. Este clientul un ingrijitor care are in sarcina o persoana in varsta? _____ Da _____ Nu

3. Suspectezi un abuz?

i) Facut de ingrijitor (ce fel) _____

1	2	3	4	5
nu	dubios	posibil	probabil	da

ii) Facut de batran (ce fel) _____

1	2	3	4	5
nu	dubios	posibil	probabil	da

4. Daca exista vreun raspuns de la 2 la 5 la intrebarile (i) si (ii) indica ce fel de abuz este suspectat

i) fizic _____

ii) psihosocial _____

iii) financiar _____

iv) neglijare _____

5. Daca abuzul este suspectat, cat de repede estimezi ca o interventie este necesara?

1	2	3	4	5
imediat	in 24 h	24-72 h	1 sapt.	2 sau mai multe saptamani

Anexa Nr. 7:**Scala de screening a abuzului ingrijitorului**
(Caregiver Abuse Screen – CASE)

Instructiuni: Aceasta scala are 8 intrebari de pus ingrijitorului, la care trebuie sa raspunda cu DA sau NU. Ingrijitorul trebuie sa completeze acest chestionar. Un scor de 4 sau mai mare poate fi considerat sugestiv pentru un risc mare de abuz. Totusi si scoruri mai mici pot fi luate in considerare.

Va rog sa raspundeti la intrebarile de mai jos in calitatea Dvs de persoana care ingrijeste o alta persoana. Puneti numele persoanei pe care o ingrijiti intre paranteze. Raspunsul poate fi ori DA ori NU

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Uneori aveti probleme sa controlati nervii sau agresiunea fata de <u>(numele persoanei)</u> ? | DA | NU |
| 2. Ati simtit adesea ca sunteti fortat sa actionati cum nu va sta in caracter, ori sa va faca sa va simtiti jenat? | DA | NU |
| 3. Ati constatat ca este dificil sa controlati comportamentul fata de <u>(numele persoanei)</u> ? | DA | NU |
| 4. Uneori ati simtit ca sunteti fortat sa fiti mai dur cu <u>(numele persoanei)</u> ? | DA | NU |
| 5. Uneori ati simtit ca nu puteti face ce este realmente necesar sau ceea ce ar trebuie facut pentru <u>(numele persoanei)</u> ? | DA | NU |
| 6. Ati simtit adesea ca trebuie sa rejectati sau ignoratati <u>(numele persoanei)</u> ? | DA | NU |
| 7. Adesea va simtiti asa de obosit sau extenuat ca nu puteti sa impliniti nevoile <u>(numele persoanei)</u> ? | DA | NU |
| 8. Adesea simtiti ca trebuie sa strigati la <u>(numele persoanei)</u> ? | DA | NU |

Scala Nr. 8:**Scala de screening a lui Hwalek-Sengstock**
(*Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test – HSEAST*)

Instructiuni: Cititi intrebarile si furnizati raspuns la ele. Un raspuns de NU la intrebarile 1, 6, 12 si 14, un raspuns de “altcineva” la intrebarea 4 si un raspuns de DA la celelalte intrebari conduc in directia abuzului.

1. Aveti pe cineva care petrece timpul cu Dvs, va acompaniaza la cumparaturi sau la doctor?
2. Sunteti in situatia sa va ajute cineva?
3. Sunteti adesea trist si singur?
4. Cine ia deciziile despre viata Dvs, precum unde si cum trebuie sa traiti?
5. Va simtiti incomfortabil cu cineva din familia Dvs?
6. Puteti sa va luati medicamentele sau sa va deplasati singur?
7. Simtiti ca nimeni nu vrea sa va vada?
8. Cineva din familia Dvs abuzeaza de alcool?
9. Cineva din familia Dvs va face sa stati in pat sau va spune ca sunteti bolnav cand de fapt nu sunteti?
10. Va fortat cineva sa faceti lucruri pe care nu le-ati vrut?
11. V-a luat cineva lucruri sau bunuri fara sa va ceara permisiunea?
12. Aveti incredere in multi din familia Dvs?
13. V-a spus cineva ca faceti prea multe greutati?
14. Aveti destul spatiu personal acasa unde sa va tineti lucrurile si sa nu va deranjeze nimeni?
15. A incercat cineva apropiat sa va raneasca sau sa va loveasca recent?

Anexa Nr. 9:**Instrumentul de evaluare a batranului***(Elder Assessment Instrument – EAI)*

Instructions: Clinicianul coteaza fiecare item din acest tabel conform informatiilor obtinute de la persoana in varsta aflata in evaluare in urma unui interviu clinic detaliat.

1. Evaluare generala	Foarte buna	Buna	Proasta	Foarte proasta	Nu se poate evalua
a. Imbracaminte					
b. Igiena					
c. Nutritie					
d. Integritatea pielii					
Comentarii aditionale:					
2. Indicatori posibili de abuz	Nici o evidenta	Evidenta posibila	Evidenta probabila	Evidenta certa	Nu se poate evalua
a. Echimoze					
b. Rani					
c. Fracturi					
d. Echimoze sau fracturi in diferite stadii de vindecare					
e. Evidenta de abuz sexual					
f. Divulgarea abuzului de catre batran					
Comentarii aditionale:					
3. Indicatori de posibila neglijare	Nici o evidenta	Evidenta posibila	Evidenta probabila	Evidenta certa	Nu se poate evalua
a. Contracturi					
b. Escare					
c. Deshidratare					
d. Diaree					
e. Depresie					
f. Probleme cu dantura					
g. Malnutritie					
h. Tulburari de urinare					
i. Proasta igiena					
j. Lipsa de raspuns fata de tulburarile evidente					
k. Medicatie neadecvata					
l. Internari repetate in spital datorita lipsei de supraveghere si ingrijire a sanatatii					
m. Divulgarea neglijarii de catre batran					
Comentarii aditionale:					

4. Indicatori de posibila exploatare	Nici o evidenta	Evidenta posibila	Evidenta probabila	Evidenta certa	Nu se poate evalua
a. Folosire incorecta a banilor					
b. Evidenta de exploatare					
c. Cereri de bunuri in schimbul serviciilor					
d. Incapacitate de a da socoteala pentru bani/bunuri					
e. Divulgarea exploatarei de catre batran					
Comentarii aditionale:					
5. Indicatori posibili de abandonare	Nici o evidenta	Evidenta posibila	Evidenta probabila	Evidenta certa	Nu se poate evalua
a. Evidenta ca ingrijitorul a plecat in mod precipitat fara sa se asigure de aranjamente alternative de ingrijire					
b. Evidenta ca batranul este lasat singur intr-o conditie periculoasa pentru perioade lungi de timp fara suport adecvat					
c. Divulgarea abandonarii de catre batran					
Comentarii aditionale:					
Concluzii	Nici o evidenta	Evidenta posibila	Evidenta probabila	Evidenta certa	Nu se poate evalua
Evidenta de abuz					
Evidenta de neglijare					
Evidenta de exploatare					
Evidenta de abandonare					
Comentarii aditionale:					

Anexa Nr. 10:**Planul de siguranta personalizat pentru batranii care au suferit abuz**

(adaptat dupa "*Personalized Safety Plan for Older Survivors of Abuse*" - National Clearinghouse on Abuse in Later Life (NCALL) A Project of Wisconsin Coalition Against Domestic Violence, Madison: Wisconsin)

Pasul 1: Siguranta din timpul incidentului violent.

Eu voi folosi una sau toate din urmatoarele tactici/strategii:

- A. Daca voi decide sa plec eu voi face _____. (cum voi pleca in siguranta? pe ce usa? voi folosi scările, ascensorul? (Trebuie sa iau in considerare capacitatea mea fizica si abilitatile de a ma deplasa rapid).
- B. Eu imi pastrez geanta/valiza cu lucrurile mele personale intr-un loc sigur _____ ca sa pot sa le iau repede cu mine si sa nu uit lucruri importante.
- C. Eu pot sa vorbesc cu _____ despre situatia mea, ca la randul ei aceasta persoana sa fie atenta la ce se intampla cu mine si sa ceara ajutor daca nu raspund la telefon sau nu deschid usa. .
- D. Eu voi folosi cuvantul/expresia _____ ca un cod ca sunt abuzat si am nevoie de ajutor.
- E. Daca ma hotarasc sa plec, eu voi pleca _____ (locul) (Decide chiar daca aceasta nu se va intampla imediat) si am anuntat despre aceasta prietenii si rudele mele in care am incredere.
- F. O sa comunit aceasta strategie celor in care am incredere.
- G. Cand cred ca sunt pe cale sa am o cearta voi incerca sa ma duc in alta camera ca sa evit cearta (de ex. la baie, la bucatarie, in dormitor).
- H. Voi incerca sa folosesc judecata si intuitia mea. Daca confruntarea este foarte serioasa voi ceda ca astfel sa ma pun la adăpost de violente sau alte abuzuri si apoi voi hotara ce este de facut.

Pasul 2: Siguranta cand ma pregatesc sa plec:

Daca am hotarat sa plec voi folosi unele din aceste strategii de siguranta:

- A. Eu voi lasa din timp niste bani si un rand de chei lui _____ ca astfel sa pot pleca repede.
- B. Voi pastra copii dupa documente importante sau chei in locul _____
- C. Voi deschide un cont bancar/voi da bani lui _____, pentru a fi independent financiar.
- D. Voi face ca pensia sa-mi vina in alta parte _____ ca sa evita ca altii sa o foloseasca.
- E. Numarul de la linia de criza este _____ si ei imi vor gasi loc la un refugiu pentru batranii (am intrebat in prealabil). Pot contacta agentia locala de combatere a violentei domestice _____ si ei pot sa-mi faca rost de adăpost de urgenta.
- F. Eu am in permanenta monede pentru telefonul public si/sau minute la telefonul celular ca sa fiu oricand gata sa dau un telefon daca am nevoie si sa pot vorbi lucruri confidentiale.

G. Voi intreba pe _____ si pe _____ daca pot sta la ei 1-2 zile si sa-mi imprumute ceva bani in caz de forta majora.

H. Am lasat ceva haine de-ale mele la _____.

I. Eu voi revizui in liniste planul meu de siguranta la fiecare _____ (data).

Pasul 3: Siguranta unde locuiesc:

Eu o sa iau urmatoarele masuri ca sa sporesc siguranta mea acasa:

A. Eu o sa schimb cheile de la usa mea. O sa iau contact cu _____ sa ma ajuta sa cumpar o noua broasca si sa o montez.

B. Eu o sa instalez un lant de siguranta la usa ca sa pot doar intre deschide usa.

C. O sa instruiesc rudele mele/prietenii de-ai mei cum sa foloseasca telefonul ca sa stie daca sunt in siguranta.

D. O sa ma asigur ca telefonul fix si/sau cel mobil functioneaza bine pentru a lua contact cu cei ce ma ajuta in caz de abuz.

E. O sa vorbesc cu vecinul _____ ca daca aude zgomote sau strigate de la mine acasa sa anunte pe _____ si sa dea telefon la Politie.

Pasul 4: Divulgarea problemelor de siguranta:

Nu voi tine ascuns nici un act de abuz drept pentru care:

A. Eu am hotarat sa divulg abuzurile la care am fost sau voi fi supus la urmatoarele persoane _____:

B. Am sa impartasesc problemele de abuz la urmatoarele institutii/servicii:

Politie _____ Serviciul de criza _____ Medicul de familie _____

Asociatia de protectia a batranilor _____ Procuratura _____.

Pasul 6: Siguranta mea emotionala:

Voi cauta sa fiu stabil emotional si sa-mi controlez sentimentele:

A. Daca voi fi necajit si gata sa ma reintorc la situatia potential abuziva eu voi _____

B. Cand voi vorbi cu persoana abuziva eu voi face _____

C. Voi incerca sa-mi apar punctual de vedere si sa pot spune nu cand e cazul.

D. Imi voi spune mie insumi " _____ " cand alti vor incerca sa ma controleze sau abuzeze.

E. Alte lucruri care ma ajuta sa ma simt mai puternic sunt _____

F. O sa ma duc la un consilier _____ sa ma invete cum sa depasesc problemele emotionale cu care ma confrunt intr-o situatie abuziva.

Pasul 7: Daca plec, ce trebuie sa iau cu mine:

- Actele de identitate
- Actele de stare civila
- Actele de pensie
- Actele depozitelor mele bancare
- Actele de proprietate
- Carnetul de sofer
- Acte medicale, retete, medicamente
- Ochelarii, aparatul auditiv,
- Cheile de rezerva
- Carnetul cu adrese
- Fotografii
- Obiecte cu valoare sentimentala (bijuterii, etc.)

Numerele de telefon pe care trebuie sa le stiu:

- Membrii de familie _____
- Prieteni si persoane de incredere _____
- Politie _____
- Linia de criza _____
- Doctorul de familie _____
- Serviciul de urgenta _____
- Asociatia de protectie a batranilor _____
- Casa de pensie _____
- Procuratura _____
- Serviciul social de la Primaria _____
- Avocatul meu _____
- ONG-ul pentru abuzul domestic _____

Anexa Nr. 11: Secventa activitatilor in interventia in criza a batranului abuzat

