

ABUZUL SEXUAL ASUPRA MINORILOR: RECUNOAȘTERE, INTERVENȚIE ȘI ROLUL PSIHOLOGULUI

Lect. univ. dr. Mirela Zivari, psiholog

1. Definiere și forme ale abuzului sexual

Abuzul sexual asupra minorilor reprezintă implicarea unui copil sau adolescent sub 18 ani într-o activitate de natură sexuală pe care acesta nu o înțelege pe deplin, pentru care nu poate oferi consimțământ informat sau pentru care nu este pregătit din punct de vedere dezvoltării. CDC formulează explicit această definiție în jurul imposibilității copilului de a înțelege, consimți informat sau fi pregătit dezvoltativ pentru activitatea sexuală.

UNICEF definește violența sexuală împotriva copilului ca orice act deliberat, nedorit și neesențial de natură sexuală, finalizat sau tentat, comis împotriva unui copil, inclusiv în scop de exploatare, care produce sau are risc ridicat de a produce suferință fizică sau psihologică. UNICEF distinge, de asemenea, între violența sexuală cu contact și violența sexuală fără contact.

Pentru psiholog, este important ca definiția să nu fie redusă la „contact fizic” sau la „viol”. Abuzul sexual include și expunerea copilului la materiale sexuale, solicitarea de imagini intime, grooming-ul, exploatarea online, constrângerea, manipularea, intimidarea, relațiile sexualizate în contexte de autoritate sau dependență și orice situație în care adultul folosește vulnerabilitatea copilului pentru gratificare sexuală, control sau exploatare. UNICEF descrie exploatarea sexuală ca abuzul unei poziții de vulnerabilitate, putere diferențială sau încredere în scop sexual.

Abuzul sexual asupra minorilor nu este definit doar de actul sexual propriu-zis, ci de folosirea copilului într-un context sexual pe care acesta nu îl poate înțelege, consimți sau gestiona.

a) Elemente centrale ale definiției

Minorul nu poate oferi consimțământ echivalent cu al adultului

În literatura clinică și în politicile de protecție a copilului, consimțământul copilului este analizat prin prisma maturității cognitive, emoționale, sociale și relaționale. Chiar atunci când copilul nu se opune, pare „cooperant” sau spune că „a fost de acord”, acest lucru nu echivalează cu un consimțământ liber și informat.

Diferența de putere este esențială

Abuzul sexual implică frecvent o asimetrie de putere: adult–copil, adolescent mai mare–copil mai mic, profesor–elev, rudă–copil, terapeut/antrenor–minor, persoană cu autoritate–minor. Această diferență poate fi fizică, psihologică, economică, afectivă, familială, instituțională sau digitală. UNICEF include explicit în definiția exploatării sexuale abuzul de vulnerabilitate, putere diferențială sau încredere.

Abuzul poate avea loc fără violență fizică

Abuzul sexual nu presupune neapărat forță fizică. El poate apărea prin seducție, promisiuni, presiune, șantaj emoțional, cadouri, recompense, amenințări, izolare, manipulare sau construirea unei relații de dependență. Grooming-ul este descris ca o etapă pregătitoare prin care abuzatorul câștigă încrederea copilului și a celor din jur, stabilește secretul și reduce probabilitatea dezvăluirii.

b) Forme principale ale abuzului sexual asupra minorilor

Abuz sexual cu contact

Această categorie include orice comportament sexual care presupune contact fizic cu copilul. În literatura internațională sunt incluse atingerile sexualizate, contactul genital, oral sau anal, penetrarea, forțarea copilului să atingă corpul adultului sau implicarea copilului în acte sexuale. UNICEF include în categoria violenței sexuale cu contact violul și agresiunea sexuală.

<i>Formă</i>	<i>Descriere clinică</i>
<i>Atingeri sexualizate</i>	<i>Contact fizic cu zone intime sau cu semnificație sexuală</i>
<i>Implicarea copilului în acte sexuale</i>	<i>Folosirea copilului într-un comportament sexual al adultului</i>
<i>Agresiune sexuală</i>	<i>Contact sexual impus, constrâns sau facilitat prin vulnerabilitate</i>
<i>Viol asupra minorului</i>	<i>Formă gravă de agresiune sexuală, definită juridic în funcție de legislație</i>

Abuz sexual fără contact

Abuzul sexual fără contact este adesea mai greu de recunoscut de către familie, școală sau chiar profesioniști, dar poate fi profund traumatizant. Include expunerea copilului la materiale sexuale, solicitarea de conținut sexual, exhibiționism, voyeurism, conversații sexualizate cu minorul, constrângerea copilului să privească sau să participe simbolic la acte sexuale și grooming-ul online sau offline. UNICEF include explicit formele non-contact în estimările globale privind violența sexuală asupra copiilor.

NSPCC definește abuzul sexual asupra copilului ca implicând atât activități cu contact fizic, cât și activități fără contact, care pot avea loc online sau offline.

<i>Formă</i>	<i>Exemplu</i>
<i>Expunere sexualizată</i>	<i>Copilul este expus intenționat la materiale sau comportamente sexuale</i>

Formă	Exemplu
<i>Solicitare de imagini</i>	<i>Adultul cere minorului fotografii sau video cu caracter intim</i>
<i>Conversații sexualizate</i>	<i>Adultul introduce teme sexuale în relația cu copilul</i>
<i>Grooming</i>	<i>Construirea unei relații de încredere pentru a facilita abuzul</i>
<i>Exploatare online</i>	<i>Folosirea tehnologiei pentru constrângere, captare sau distribuire de materiale</i>

Exploatarea sexuală a copilului

Exploatarea sexuală apare atunci când copilul este folosit sexual în schimbul unor beneficii, avantaje, bunuri, bani, statut, protecție, atenție, apartenență sau alte recompense reale ori promise. UNICEF definește exploatarea sexuală ca abuz al unei poziții de vulnerabilitate, putere diferențială sau încredere în scop sexual.

Psihologul sau orice alt specialist nu presupune că existența unor „beneficii” înseamnă participare voluntară. Copiii și adolescenții pot fi atrași în situații exploatare prin vulnerabilitate afectivă, nevoia de apartenență, sărăcie, dependență de adult, statut social, presiune de grup sau șantaj.

Grooming-ul

Grooming-ul este procesul prin care un adult sau un adolescent mai mare pregătește copilul, familia și contextul social pentru abuz. Acesta poate include câștigarea încrederii, oferirea de atenție specială, cadouri, confesiuni, secrete, izolarea copilului, testarea limitelor, normalizarea conținutului sexual și inducerea rușinii sau vinovăției. Bravehearts descrie grooming-ul ca etapa de pregătire prin care agresorul obține încrederea și complianța copilului și stabilește secretul pentru a evita dezvăluirea.

Winters și colaboratorii au analizat comportamentele de grooming și au arătat că acestea sunt dificil de identificat înainte de abuz tocmai pentru că pot mima relații aparent protectoare, apropiate sau „speciale”.

Grooming-ul nu este doar o conversație nepotrivită, ci o strategie relațională de acces, control și tăcere.

Abuzul sexual online și exploatarea facilitată de tehnologie

Abuzul sexual online poate include grooming prin rețele sociale, jocuri sau aplicații de mesagerie, solicitarea de imagini intime, amenințarea cu distribuirea imaginilor, livestreaming-ul abuzului, distribuirea materialelor de abuz sexual asupra copiilor și folosirea imaginilor manipulate digital. UNODC

enumeră online grooming-ul, materialele de abuz sexual asupra copiilor și livestreaming-ul abuzului sexual ca forme de exploatare sexuală online.

Meta-analiza publicată în *The Lancet Child & Adolescent Health* a analizat prevalența și natura exploatării și abuzului sexual online asupra copiilor la scară globală, reflectând faptul că mediul digital a devenit o dimensiune majoră a fenomenului.

UNICEF Innocenti notează că platformele digitale pot fi folosite pentru contactarea copiilor, expunerea lor la conținut sexual, grooming, constrângere și implicarea lor în acte sexuale, uneori inclusiv prin transmisii live.

c) Date epidemiologice și cercetări importante

Meta-analiza realizată de Stoltenborgh și colaboratorii, care a inclus 217 publicații, 331 de eșantioane independente și peste 9,9 milioane de participanți, a estimat prevalența globală a abuzului sexual în copilărie la 127/1000 în studiile bazate pe auto-raportare. Prevalența raportată a fost mai mare la femei, 180/1000, decât la bărbați, 76/1000.

Diferența mare dintre studiile bazate pe auto-raportare și cele bazate pe raportări oficiale indică faptul că abuzul sexual asupra minorilor este sever subraportat. În aceeași meta-analiză, prevalența estimată în studiile bazate pe informatori a fost mult mai mică, de 4/1000, ceea ce sugerează că sistemele oficiale surprind doar o parte extrem de redusă a fenomenului.

UNICEF a raportat, în estimări globale recente, că violența sexuală asupra copiilor este un fenomen extins și că formele non-contact, inclusiv cele facilitate digital, cresc vizibil atunci când sunt incluse în măsurare. UNICEF subliniază distincția dintre violența sexuală cu contact și cea fără contact tocmai pentru a evita subestimarea fenomenului.

d) Aspecte conceptuale

Abuzul sexual este o experiență traumatică relațională

În majoritatea cazurilor, abuzul nu este doar un eveniment izolat, ci o experiență relațională caracterizată prin trădarea încrederii, confuzie, rușine, frică, ambivalență și pierderea sentimentului de siguranță. Această dimensiune este importantă pentru evaluare, deoarece copilul poate avea atașament, loialitate sau teamă față de agresor.

Lipsa opoziției nu înseamnă consimțământ

Copiii pot îngheța, pot coopera pentru a reduce pericolul, pot fi manipulați să creadă că sunt „speciali” sau pot fi constrânși prin rușine și amenințări. De aceea, întrebările de tipul „de ce nu ai spus?”, „de ce nu ai fugit?” sau „de ce ai acceptat?” sunt contraindicate din punct de vedere clinic.

Abuzul poate fi comis de persoane cunoscute

Grooming-ul și exploatarea se bazează frecvent pe acces, încredere și relație. NSPCC notează că grooming-ul poate fi realizat de un străin sau de cineva cunoscut copilului, inclusiv membru al familiei, prieten sau profesionist.

Abuzul sexual asupra minorilor este o formă de violență și exploatare care implică folosirea copilului într-un context sexual pe care acesta nu îl poate înțelege, consimți sau integra dezvoltativ.

Include: forme cu contact, forme fără contact, grooming, exploatare sexuală, abuz online, materiale de abuz sexual asupra copiilor, abuz în relații de autoritate, dependență sau încredere.

Pentru psiholog, recunoașterea abuzului începe prin depășirea imaginii restrictive a abuzului ca violență fizică evidentă. Multe forme sunt relaționale, progresive, mascate și menținute prin secret, rușine și teamă.

2. Mituri frecvente și bariere în dezvăluire

Dezvăluirea abuzului sexual nu este, de obicei, un eveniment simplu, rapid sau complet. Cercetările descriu dezvăluirea ca pe un proces, nu ca pe un moment unic: copilul poate testa reacția adultului, poate spune parțial, poate retracta, poate reveni ulterior sau poate dezvălui abia la vârsta adultă. Cercetările lui Alaggia, Collin-Vézina și Lateef arată că dezvăluirea este influențată de factori individuali, relaționali, familiali, culturali și instituționali, iar barierele sunt mai mari când agresorul este membru al familiei sau apropiat de familie.

Copiii rareori dezvăluie abuzul sexual într-un mod liniar, complet și imediat. Tăcerea, ambivalența sau dezvăluirea fragmentară nu invalidează experiența traumatică.

2.1. Mitul 1: „Dacă era adevărat, copilul ar fi spus imediat”

Acesta este unul dintre cele mai persistente mituri. În realitate, mulți copii întârzie dezvăluirea sau nu dezvăluie deloc în copilărie. London, Bruck, Ceci și Shuman au arătat într-o revizuire influentă că dezvăluirea abuzului sexual asupra copiilor este adesea întârziată, incompletă și influențată de contextul în care copilul este întrebat.

Întârzierea poate apărea din cauza fricii, rușinii, confuziei, amenințărilor, dependenței față de agresor, loialității familiale sau lipsei unui adult perceput ca sigur. Copilul poate să nu aibă limbajul necesar pentru a descrie ce s-a întâmplat sau poate să nu înțeleagă natura abuzivă a experienței, mai ales când abuzul a fost precedat de grooming.

Întârzierea dezvăluirii nu este un indicator că relatarea este falsă. Dimpotrivă, literatura arată că întârzierea este frecventă în cazurile de abuz sexual asupra minorilor.

Dezvăluirea este adesea întârziată, parțială și dependentă de siguranța relațională.

2.2. Mitul 2: „Copiii inventează ușor astfel de acuzații”

Este importantă o formulare echilibrată: psihologul nu trebuie nici să creadă automat orice afirmație fără evaluare, nici să pornească de la suspiciunea că minorul minte. Mitul problematic este ideea

că minorii inventează frecvent acuzații sexuale elaborate. Cercetările despre disclosure arată mai degrabă că o problemă majoră este subdezvăluirea, nu supradezvăluirea. Alaggia și colaboratorii descriu multiple bariere care reduc probabilitatea ca abuzul să fie spus, mai ales în contexte familiale, patriarhale, violente sau izolate social.

În practică, întrebările sugestive, presiunea adultului și interviurile necorespunzătoare pot afecta calitatea relatării. De aceea, rolul psihologului nu este să „ancheteze” copilul prin întrebări repetitive sau sugestive, ci să asculte, să documenteze formulările spontane și să activeze procedurile de protecție.

Cercetarea indică subraportare semnificativă; evaluarea trebuie făcută fără sugestie, fără presiune și fără prejudecăți.

2.3. Mitul 3: „Dacă nu există semne fizice, nu a existat abuz”

Absența semnelor fizice nu exclude abuzul sexual. Multe forme de abuz sunt fără contact, nu lasă urme fizice sau sunt dezvăluite la mult timp după eveniment. UNICEF distinge explicit între violența sexuală cu contact și cea fără contact, tocmai pentru că reducerea abuzului la vătămare fizică vizibilă subestimează fenomenul.

În plus, impactul psihologic poate fi sever chiar și în absența leziunilor fizice. Pentru psiholog, indicatorii emoționali, comportamentali, relaționali și dezvoltativi trebuie evaluați cu atenție, fără a transforma lipsa „probelor corporale” într-o invalidare a copilului.

Multe forme de abuz sexual sunt fără contact, nu lasă urme sau sunt dezvăluite tardiv.

2.4. Mitul 4: „Agresorii sunt de obicei străini periculoși”

Acest mit îi face pe adulți să fie atenți doar la persoane necunoscute, ignorând riscurile din cercul de încredere. În multe cazuri, agresorul este cunoscut copilului: membru al familiei, prieten de familie, vecin, profesor, antrenor, lider religios, adolescent mai mare sau altă persoană cu acces și autoritate. Alaggia et al. arată că dezvăluirea este mai dificilă când agresorul este membru al familiei sau apropiat de familie, mai ales dacă locuiește cu victima.

Mitul „străinului periculos” este clinic riscant pentru că poate întârzia recunoașterea grooming-ului. Agresorul poate fi perceput ca „om bun”, „respectabil”, „ajutător” sau „foarte apropiat de copil”.

Abuzul apare frecvent în relații de acces, încredere, autoritate sau dependență.

2.5. Mitul 5: „Copilul ar fi opus rezistență dacă nu voia”

Această idee reflectă o înțelegere greșită a răspunsurilor traumatice. În situații de pericol, copiii pot intra în reacții de îngheț, supunere, confuzie, disociere sau cooperare aparentă. Lipsa opoziției nu înseamnă consimțământ. În plus, minorul poate fi constrâns prin teamă, rușine, cadouri, dependență afectivă, amenințări sau manipulare.

WHO recomandă ca răspunsul profesionistului față de copiii și adolescenții care au fost abuzați sexual să fie empatic, centrat pe siguranță și lipsit de blamare; un răspuns adecvat poate sprijini recuperarea după traumă.

Copiii pot îngheța, se pot supune sau pot încerca să supraviețuiască psihologic situației.

2.6. Mitul 6: „Copilul nu pare traumatizat, deci probabil nu s-a întâmplat”

Reacțiile copiilor la abuz sunt variate. Unii copii prezintă anxietate, regres, coșmaruri, iritabilitate, sexualizare comportamentală, retragere, rușine, simptome somatice sau scădere școlară. Alții pot părea aparent funcționali, pot minimiza sau pot evita orice manifestare evidentă. Lipsa simptomelor imediate nu exclude trauma.

Centrul britanic CSA Centre subliniază că impactul abuzului sexual poate varia semnificativ, iar dezvoltarea poate fi asociată cu rușine, vinovăție și simptome posttraumatice.

Trauma poate fi vizibilă, mascată, fluctuantă sau activată ulterior.

2.7. Mitul 7: „Retractarea înseamnă că acuzația a fost falsă”

Copiii pot retracta din frică, presiune familială, amenințări, vinovăție, dorința de a proteja familia, dependență față de agresor sau teama că nu vor fi crezuți. Retractarea trebuie înțeleasă în contextul relațional și de siguranță, nu interpretată automat ca dovadă de falsitate.

Literatura despre disclosure arată că relatarea poate fi un proces ambivalent, influențat de reacția primului adult căruia copilul îi spune. Dacă adultul reacționează cu furie, panică, neîncredere sau blamare, copilul poate reduce, modifica sau retrage relatarea.

Retractarea poate fi un semn al presiunii, fricii sau nesiguranței, nu dovadă automată de fals.

2.8. Bariere psihologice în dezvoltare

Rușinea

Rușinea este una dintre cele mai puternice bariere. McElvaney arată că rușinea apare constant în cercetările despre dezvoltarea abuzului sexual, iar într-un studiu citat în revizuire, 67,8% dintre tineri au menționat rușinea printre factorii care i-au împiedicat să dezvăluie abuzul.

Rușinea este adesea amplificată de: sexualizarea experienței, vinovăția indusă de agresor, teama de a fi „murdar”, „complice” sau „diferit”, norme culturale despre onoare, familie, masculinitate sau sexualitate, reacții negative anterioare ale adulților.

Rușinea transformă victima în purtătoarea secretului agresorului.

Frica

Copilul poate avea frică de agresor, de pedeapsă, de destrămarea familiei, de reacția părinților, de poliție, de stigmatizare sau de faptul că nu va fi crezut. În același studiu discutat de McElvaney, frica a

fost indicată de 65,1% dintre tineri ca factor care a împiedicat dezvoltarea, iar frica de agresor de 52,5%. Frica poate fi directă — „te omor”, „îți fac rău”, „o să pățească mama ceva” — sau subtilă: „nu te va crede nimeni”, „ai vrut și tu”, „o să distrugi familia”.

Vinovăția și responsabilizarea copilului

Agresorii folosesc adesea mesaje care transferă responsabilitatea asupra copilului: „tu ai provocat”, „tu ai venit”, „tu ai acceptat”, „e secretul nostru”. Copilul poate ajunge să creadă că este responsabil pentru abuz, pentru consecințele asupra familiei sau pentru pedepsirea agresorului.

Pentru psiholog, o intervenție de bază este clarificarea repetată, adecvată vârstei: responsabilitatea aparține adultului/agresorului, nu copilului.

Loialitatea față de familie sau față de agresor

Când agresorul este părinte, rudă, frate mai mare, partener al părintelui sau persoană iubită de familie, copilul poate trăi un conflict intens: nevoia de protecție versus teama de a distruge familia. Revizuirea Alaggia et al. subliniază că relația apropiată cu agresorul și locuirea în aceeași casă pot îngreuna dezvoltarea. Acest conflict nu trebuie confundat cu „atașament față de abuz”. Copilul poate avea sentimente amestecate față de agresor: teamă, iubire, dependență, furie, confuzie, protecție, dorință de validare.

Lipsa limbajului și confuzia dezvoltativă

Copiii mici pot să nu aibă cuvintele necesare pentru a descrie experiența. Pot folosi termeni corporali infantili, metafore, joc, desen, comportamente regresive sau relatări fragmentare. Adolescenții pot înțelege mai mult, dar pot fi blocați de rușine, stigmatizare și teama că vor fi judecați.

Dezvoltarea poate apărea indirect: prin schimbări de comportament, refuzul de a merge într-un anumit loc, evitarea unei persoane, somatizări, insomnie, furie, comportamente sexualizate sau scădere școlară.

2.9. Bariere familiale, sociale și instituționale

Teama că nu va fi crezut

Aceasta este una dintre cele mai frecvente bariere. Copilul poate anticipa neîncrederea adultului, mai ales dacă agresorul este o persoană respectată sau dacă familia valorizează imaginea publică. Anchetele independente privind abuzul instituțional au descris teama de a nu fi crezut, rușinea, lipsa de încredere în autorități și experiențele negative anterioare ca bariere majore în dezvoltare.

Cultura tăcerii

În familii rigide, patriarhale, izolate sau marcate de violență domestică, copilul poate învăța că problemele nu se discută în afara familiei. Alaggia et al. notează că rolurile de gen rigide, dezechilibrele de putere, violența domestică, comunicarea disfuncțională și izolarea socială pot suprima dezvoltarea.

Dependența economică sau emoțională

Când agresorul întreține familia, are autoritate sau este perceput ca indispensabil, copilul poate simți că dezvoltarea va produce pierderi majore: separarea părinților, sărăcie, rușine publică, pedepsirea mamei, mutarea din casă sau intrarea într-un sistem necunoscut.

Experiențe negative cu adulții sau instituțiile

Dacă un copil a mai încercat să spună și nu a fost crezut, a fost certat, pedepsit, ridiculizat sau expus, probabilitatea unei noi dezvoltări scade. Pentru psiholog, prima reacție este critică: poate facilita protecția sau poate consolida tăcerea.

2.10. Ce facilitează dezvoltarea?

Cercetarea identifică mai mulți factori protectivi: existența unui adult de încredere, educația despre corp și limite, mesajele explicite că abuzul nu este vina copilului, medii școlare sigure, accesul la servicii, reacții calme și suportive ale adulților și proceduri instituționale clare. Alaggia et al. descriu disclosure-ul ca fiind facilitat de siguranță relațională, sprijin și contexte în care copilul se simte crezut și protejat.

WHO subliniază importanța unui răspuns empatic al profesioniștilor din sănătate față de copiii și adolescenții care au fost abuzați sexual, deoarece acesta poate sprijini recuperarea.

Copiii spun mai ușor când există un adult calm, disponibil, credibil și capabil să îi protejeze.

2.11. Implicații practice pentru psiholog

Psihologul trebuie să transmită calm, siguranță și absența judecății. „*Îți mulțumesc că mi-ai spus.*”, „*Îmi pare rău că ai trecut prin asta.*”, „*Nu este vina ta.*”, „*Ai făcut bine că ai spus.*”, „*Vreau să te ajut să fii în siguranță.*”, „*Nu trebuie să îmi spui totul acum.*”.

Trebuie evitate întrebările acuzatoare, sugestive sau repetitive: „*De ce nu ai spus până acum?*”, „*Ești sigur/ă?*”, „*De ce ai mers acolo?*”, „*De ce nu ai țipat?*”, „*Nu cumva ai înțeles greșit?*”, „*Spune-mi exact tot ce s-a întâmplat.*”. Acestea pot crește rușinea, pot afecta relatarea și pot retraumatiza copilul.

2.12. Concluzii

Mituri frecvente: „Copilul ar fi spus imediat.”, „Copiii inventează frecvent.”, „Fără semne fizice, nu există abuz.”, „Agresorul este de obicei un străin.”, „Dacă nu s-a spus, a consimțit.”, „Dacă pare bine, nu a fost afectat.”, „Retractarea înseamnă minciună.”

Realități clinice: Dezvoltarea este adesea întârziată. Copilul poate spune fragmentar sau indirect. Rușinea și frica sunt bariere majore. Agresorul este adesea o persoană cunoscută. Lipsa opoziției nu înseamnă consimțământ. Trauma poate fi mascată. Prima reacție a adultului influențează decisiv continuarea dezvoltării.

Mitul cel mai periculos este că un copil abuzat va vorbi imediat, clar și complet. În realitate, abuzul sexual este menținut prin frică, rușine, confuzie, loialitate și raporturi de putere. Rolul psihologului este să creeze un spațiu sigur, să asculte fără sugestie și fără blamare, să documenteze atent și să activeze protecția copilului.

3. Semne psihologice

Semnele psihologice ale abuzului sexual asupra minorilor sunt variate, nespecifice și dependente de vârstă, context, relația cu agresorul, durata abuzului și reacția mediului familial. Nu există un „profil unic” al copilului abuzat sexual. O revizuire clasică a 45 de studii realizată de Kendall-Tackett, Williams și Finkelhor a arătat că minorii abuzați sexual prezentau mai multe simptome decât copiii neabuzați, dar niciun simptom nu caracteriza majoritatea copiilor; cele mai frecvente au fost fricile, simptomele de stres posttraumatic, problemele de comportament, comportamentele sexualizate și stima de sine scăzută. Aproximativ o treime dintre victime nu prezentau simptome evidente la momentul evaluării.

Semnele nu confirmă singure abuzul, iar absența semnelor nu îl exclude.

3.1. Principiu clinic: semnele sunt indicatori, nu dovezi

Pentru psiholog, trebuie făcută diferența între indicator clinic și dovadă. Anxietatea, regresul, coșmarurile, comportamentele sexualizate sau retragerea socială pot apărea în contextul abuzului sexual, dar pot apărea și în alte situații: violență domestică, neglijare, bullying, divorț conflictual, doliu, alte traume, tulburări de atașament sau expunere la conținut sexual inadecvat.

WHO subliniază că abuzul sexual asupra copiilor și adolescenților afectează sănătatea acestora și că răspunsul profesionist trebuie să fie empatic, orientat spre siguranță și recuperare, nu acuzator sau sugestiv.

Semnele trebuie citite în ansamblu: istoric, dezvoltare, familie, context școlar, relații, expuneri traumatice, modificări recente și relatarea copilului.

3.2. Semne emoționale frecvente

Anxietate, frică și hipervigilență

Copilul poate deveni mai anxios, speriat, dependent de adultul protector sau excesiv de atent la pericole. Pot apărea frici noi: frica de întuneric, de a dormi singur, de anumite persoane, locuri, camere, activități sau situații corporale. NCTSN notează că abuzul sexual poate avea efecte serioase asupra sănătății mintale și că, în special la copiii expuși la traume multiple sau lipsiți de suport parental, pot apărea PTSD, depresie și anxietate.

Exemple clinice: copilul refuză brusc să meargă la o persoană sau într-un loc, devine neliniștit înaintea vizitelor la o anumită rudă, are reacții intense la atingere, apropiere fizică sau schimbarea hainelor, se teme să rămână singur cu o persoană anume.

Simptome de stres posttraumatic

Pot apărea coșmaruri, flashback-uri, joc traumatic repetitiv, evitare, iritabilitate, reacții de tresărire, hipervigilență, dificultăți de somn și reacții emoționale intense la stimuli asociați cu abuzul. În literatura despre impactul abuzului sexual, simptomele de stres posttraumatic apar constant printre reacțiile frecvente ale copiilor abuzați sexual.

Copilul nu își amintește trauma doar verbal; uneori o exprimă prin corp, somn, joc, evitare și reacții emoționale disproporționate.

Depresie, tristețe și retragere

Copilul sau adolescentul poate deveni trist, retras, apatic, lipsit de interes pentru activități anterior plăcute. Pot apărea plâns frecvent, iritabilitate, sentiment de neputință, lipsă de speranță, vinovăție, rușine sau autodevalorizare. CSA Centre sintetizează cercetările arătând că supraviețuitorii raportează frecvent impact asupra sănătății mintale, inclusiv anxietate, depresie, tulburări alimentare, tulburări de somn, insomnie și disociere.

La adolescenți, depresia poate fi mascată de iritabilitate, cinism, izolare, scăderea performanței școlare, consum de alcool/substanțe, comportamente de risc, autovătămare.

Rușine, vinovăție și stimă de sine scăzută

Rușinea este o reacție centrală în multe cazuri de abuz sexual. Copilul poate simți că este „murdar”, „vinovat”, „diferit” sau responsabil pentru ceea ce s-a întâmplat. Studiile lui Kendall-Tackett et al. a identificat stima de sine scăzută ca una dintre reacțiile frecvente raportate în studiile analizate.

În abuzul sexual, copilul poate internaliza responsabilitatea agresorului. Intervenția psihologică trebuie să repare această inversare: vina aparține agresorului, nu copilului.

Disociere și blocaj emoțional

Unii copii par „deconectați”, absenți, confuzi sau neobișnuit de calmi când vorbesc despre evenimente grave. Pot apărea episoade de privire fixă, pierdere de contact, dificultăți de memorie, senzația că „nu e corpul meu” sau că „nu mi s-a întâmplat mie”. CSA Centre include disocierea printre efectele psihologice raportate de victimele abuzului sexual în copilărie. De aceea, psihologul sau oricare alt specialist să nu interpreteze calmul aparent ca dovadă că minorul nu a fost afectat.

3.3. Semne comportamentale frecvente

Schimbări bruște de comportament

Un semnal important este modificarea față de funcționarea anterioară. Copilul poate deveni brusc retras, agresiv, anxios, hipervigilent, opozant sau excesiv de compliant.

Exemple: evită o persoană sau o locație fără explicație clară, refuză activități pe care anterior le accepta, se agață de părinte sau, dimpotrivă, respinge contactul, are crize de furie sau plâns aparent „din nimic”, își schimbă brusc rutina de somn, alimentație sau igienă.

Regres în dezvoltare

La copiii mici pot apărea comportamente regresive: enurezis secundar, encoprezis, suptul degetului, vorbire infantilizată, frică de separare, nevoia de a dormi cu părintele, pierderea unor achiziții anterioare. Regresul nu este specific abuzului sexual, dar poate semnala stres traumatic, mai ales când apare brusc și este asociat cu frică, evitare sau schimbări relaționale.

Tulburări de somn

Coșmarurile, insomnia, trezirile frecvente, frica de a dormi singur, somnul agitat sau oboseala diurnă pot apărea în context traumatic. CSA Centre menționează tulburările de somn și insomnia printre efectele raportate de supraviețuitori.

Somnul este adesea unul dintre primele spații în care trauma devine vizibilă.

Probleme școlare

Pot apărea scăderea performanței, absenteism, dificultăți de concentrare, evitarea școlii, conflicte cu colegii, retragere sau pierderea interesului pentru activități. Aceste semne sunt nespecifice, dar devin relevante când apar împreună cu alte modificări emoționale, comportamentale sau relaționale.

Agresivitate, opoziționism și comportamente de risc

Unii copii exteriorizează trauma prin iritabilitate, agresivitate, comportament provocator, furt, minciună, fuga de acasă sau încălcarea regulilor. Adolescenții pot manifesta consum de substanțe, comportamente sexuale riscante, autovătămare sau tentative suicidare. NCTSN notează că efectele abuzului sexual pot fi ample și de durată, influențând sănătatea mintală, sănătatea fizică și ajustarea sexuală ulterioară. Comportamentul „dificil” poate fi o formă de comunicare a suferinței, nu doar opoziție sau „lipsă de disciplină”.

3.4. Comportamente sexualizate

Comportamentele sexualizate sunt printre semnele care atrag cel mai mult atenția, dar trebuie evaluate cu grijă. Kendall-Tackett et al. au identificat comportamentele sexualizate ca una dintre categoriile de simptome frecvente la copiii abuzați sexual, dar au subliniat că niciun simptom nu caracterizează majoritatea copiilor abuzați.

NCTSN arată că abuzul sexual poate include comportamente cu și fără contact, inclusiv expunerea copilului la pornografie, exhibiționism sau voyeurism, ceea ce poate influența ulterior comportamentul și limbajul sexualizat al copilului.

Exemple: cunoștințe sexuale neobișnuite pentru vârstă, jocuri sexualizate repetitive, coercitive sau explicite, comportamente sexuale cu alți copii care implică diferență de vârstă, putere sau constrângere, preocupare excesivă pentru teme sexuale, folosirea unui limbaj sexual explicit fără context adecvat dezvoltării, comportamente sexualizate care produc anxietate, rușine sau conflict, repetarea compulsivă a unor scenarii sexualizate în joc sau desen.

Nu orice comportament sexual la copil este semn de abuz. Există curiozitate corporală normală în dezvoltare. Devine îngrijorător când comportamentul este repetitiv și greu de redirectionat, coercitiv, asociat cu frică, rușine sau agresivitate, mult peste nivelul de dezvoltare, orientat spre copii mult mai mici, legat de o expunere sexuală explicită, însoțit de alte semne traumatiche. Comportamentele sexualizate sunt clinic importante, dar nu trebuie interpretate izolat. Contează vârsta, frecvența, contextul, constrângerea și nivelul de dezvoltare.

3.5. Semne relaționale

Abuzul sexual este adesea o traumă relațională. Copilul poate avea dificultăți în încredere, limite, atașament și reglare interpersonală.

Posibile manifestări: atașament anxios sau evitant, neîncredere în adulți, frică de separare, apropiere excesivă față de adulți necunoscuți, dificultăți în a spune „nu”, evitare a contactului fizic, supunere excesivă, hipervigilență față de reacțiile adulților, relații conflictuale cu colegii, izolare socială.

NCTSN notează că abuzul sexual poate afecta capacitatea copilului de a avea încredere că adulții îl vor proteja.

3.6. Semne somatice și psihosomatice

Copiii pot exprima suferința traumatică prin corp, mai ales când nu au cuvinte sau când dezvăluirea este prea amenințătoare. Pot apărea dureri abdominale, dureri de cap, greață, oboseală, tulburări de alimentație, disconfort corporal sau simptome medicale recurente fără explicație clară. CSA Centre include tulburările alimentare și tulburările de somn printre efectele raportate în cercetări privind impactul abuzului sexual asupra copiilor. Simptomele somatice trebuie abordate multidisciplinar, fără a presupune automat cauză psihologică și fără a ignora nevoia de evaluare medicală.

3.7. Diferențe în funcție de vârstă

Preșcolari: la copiii mici, semnele pot fi mai ales comportamentale și corporale, regres, enurezis secundar, coșmaruri, anxietate de separare, joc traumatic, comportamente sexualizate neadecvate vârstei, frică de anumite persoane, agățare de adultul protector, iritabilitate sau crize de furie.

Școlari: la copiii de vârstă școlară apar frecvent scăderea performanței școlare, dificultăți de concentrare, rușine, vinovăție, frici, evitarea unei persoane sau a unui loc, somatizări, probleme cu colegii, comportamente sexualizate sau agresive, retragere.

Adolescenți: la adolescenți, semnele pot fi mai internalizate sau mascate, depresie, anxietate, autoînvinovățire, tulburări alimentare, consum de alcool sau droguri, autovătămare, tentative de suicid, comportamente sexuale riscante, retragere socială, relații abusive, abandon școlar sau absentism.

Cu cât copilul este mai mic, cu atât trauma se exprimă mai mult prin corp, joc și regres. La adolescenți, suferința poate fi mascată de risc, rușine sau autovătămare.

3.8. Semne care pot apărea în cabinet

În cabinet, psihologul poate observa:

- copilul evită contactul vizual când se discută despre corp, familie sau anumite persoane;
- reacții de panică la teme aparent neutre;
- schimbări bruște ale tonului, posturii sau nivelului de activare;
- joc repetitiv cu teme de control, secret, frică, captivitate sau invadare;
- desen cu teme de rușine, pericol, corp, ascundere;
- hiperadaptare: copilul pare „prea cuminte”, atent să nu supere adultul;
- răspunsuri mecanice, detașate, fără afect;
- dificultăți în a spune preferințe sau limite;
- frică de consecințe dacă vorbește.

Aceste observații trebuie formulate ca ipoteze clinice, nu concluzii definitive.

3.9. Când nivelul de îngrijorare crește

Îngrijorarea clinică este mai mare când există o constelație de semne, mai ales dacă acestea apar brusc sau sunt legate de o persoană, un loc sau un context specific.

Exemple: copilul refuză brusc să meargă la o anumită persoană, are coșmaruri și prezintă comportamente sexualizate; adolescentul devine retras, începe autovătămarea și face aluzii la rușine sau vinovăție; copilul are regres, frică de separare și reacții intense la atingere; apar cunoștințe sexuale neadevate vârstei, anxietate și evitare; copilul spune parțial ceva și apoi retractează după presiune familială.

3.10. Ce NU trebuie făcut

Psihologul trebuie să evite interpretările rapide și întrebările sugestive. Rolul clinicianului nu este să obțină o mărturisire, ci să asigure siguranța, să asculte, să documenteze și să urmeze procedurile de protecție.

De evitat: „Sigur ți-a făcut cineva ceva?”, „Te-a atins X?”, „A fost tatăl/mama/profesorul?”, „Spune-mi exact tot ce s-a întâmplat.”, „De ce nu ai spus mai devreme?”, „Ești sigur/ă că nu ai inventat?” interpretarea unui singur simptom ca dovadă de abuz.

WHO accentuează importanța unui răspuns empatic și adecvat al profesioniștilor, deoarece acesta poate sprijini recuperarea copilului sau adolescentului după traumă.

3.11. Ce poate face psihologul

Observă și documentează

Psihologul notează cuvintele exacte ale copilului, fără parafrază interpretative, comportamentele observabile, contextul apariției simptomelor, schimbările față de funcționarea anterioară, persoanele sau situațiile evitate, reacțiile emoționale și corporale, factorii de risc și protecție.

Conceptualizarea cazului: „Copilul prezintă semne compatibile cu o reacție traumatică.”, „Simptomele ridică suspiciunea unei experiențe de abuz sau expunere sexuală inadecvată și necesită evaluare specializată.”, „Relatarea copilului trebuie documentată și transmisă conform procedurilor de protecție.”, „Absența leziunilor sau a simptomelor evidente nu exclude abuzul.”.

Creează siguranță

Formulări corecte: „Îți mulțumesc că îmi spui.”, „Nu ești vinovat/ă.”, „Nu trebuie să îmi spui totul acum.”, „Sunt aici să te ajut să fii în siguranță.”, „Ce s-a întâmplat nu este responsabilitatea ta.”

3.12. Concluzii

Semne psihologice: anxietate, frică, rușine, vinovăție, depresie, disociere, stimă de sine scăzută, simptome posttraumatice.

Semne comportamentale: regres, coșmaruri, evitare, scăderea performanței școlare, agresivitate, retragere, comportamente sexualizate, consum de substanțe la adolescenți, autovătămare sau risc suicidar.

Semnele trebuie interpretate contextual. Ele pot susține o suspiciune clinică, dar nu înlocuiesc evaluarea specializată, protecția copilului și procedurile legale. Copiii abuzați sexual nu arată toți la fel. Unii sunt anxioși, retrași sau depresivi; alții devin agresivi, sexualizați sau aparent indiferenți. Unii nu prezintă simptome vizibile. Pentru psiholog, întrebarea nu este «care este semnul sigur?», ci «ce constelație de semne, schimbări și contexte ridică suspiciunea și cere protecție?».

4. Impactul traumei asupra dezvoltării

Abuzul sexual asupra minorilor nu afectează doar starea emoțională de moment, ci poate interfera cu procese fundamentale ale dezvoltării: atașament, reglare emoțională, imagine de sine, dezvoltare cognitivă, relații, sexualitate, funcționare școlară și sănătate mintală. Impactul depinde de vârsta copilului, durata și severitatea abuzului, relația cu agresorul, prezența constrângerii sau amenințării, reacția familiei, suportul social și accesul la intervenție. NCTSN subliniază că abuzul sexual în copilărie poate avea efecte serioase asupra sănătății fizice și mintale, asupra ajustării sexuale ulterioare și asupra capacității copilului de a avea încredere în adulți. *Trauma sexuală în copilărie nu este doar un eveniment; este o experiență care poate modifica felul în care copilul își organizează siguranța, corpul, relațiile și identitatea.*

4.1. Trauma ca perturbare a sentimentului de siguranță

Copilul are nevoie de predictibilitate, protecție și relații sigure pentru a-și construi dezvoltarea psihologică. Când abuzul apare într-o relație de încredere — familie, școală, mediu sportiv, religios sau terapeutic — trauma nu afectează doar corpul sau emoțiile, ci și reprezentarea copilului despre lume: „adulții nu sunt siguri”, „corpul meu nu îmi aparține”, „nu pot spune nu”, „dacă vorbesc, pierd iubirea sau protecția”. WHO descrie abuzul sexual asupra copiilor și adolescenților ca o încălcare gravă a drepturilor

și o problemă globală de sănătate publică, cu efecte adverse asupra sănătății copilului. WHO subliniază și importanța răspunsului empatic al profesioniștilor, deoarece acesta poate sprijini recuperarea după traumă.

Trauma afectează sentimentul de siguranță, încrederea în adulți, capacitatea de a cere ajutor, raportarea la propriul corp, limitele personale, imaginea de sine.

4.2. Impact asupra atașamentului și relațiilor

Abuzul sexual este frecvent o traumă relațională. Când agresorul este o persoană cunoscută sau apropiată, copilul poate trăi simultan frică, atașament, loialitate, dependență, vinovăție și confuzie. Această ambivalență poate afecta modelele interne de atașament: copilul poate învăța că apropierea este periculoasă, că iubirea vine cu invazie, că protecția este imprezvizibilă sau că relațiile presupun supunere. NCTSN notează că, în special când copilul a trecut prin traume multiple și are puțin suport parental, pot apărea PTSD, depresie și anxietate, iar capacitatea copilului de a avea încredere că adulții îl vor proteja poate fi compromisă.

Manifestări posibile: neîncredere în adulți, atașament anxios sau evitant, frică intensă de abandon, dificultăți în stabilirea limitelor, supunere excesivă sau, invers, opoziționism, hipervigilență față de reacțiile celorlalți, dificultăți în relațiile cu colegii, tendință de izolare, alegerea ulterioară a unor relații nesigure sau abuzive.

Când abuzul vine printr-o relație, copilul nu pierde doar siguranța corporală; poate pierde încrederea în însăși ideea de relație.

4.3. Impact asupra reglării emoționale

Trauma sexuală poate perturba dezvoltarea sistemelor de reglare emoțională. Copilul poate oscila între hiperactivare — anxietate, furie, panică, hipervigilență — și hipoactivare — amorțire, retragere, disociere, pasivitate. Aceste reacții nu sunt „defecte de caracter”, ci adaptări la un mediu perceput ca amenințător. Cercetările privind efectele pe termen lung ale abuzului sexual în copilărie descriu asocierea cu morbiditate psihiatrică, modificări ale sistemelor de stres și consecințe neurobiologice. Un studiu publicat în *Industrial Psychiatry Journal* analizează efectele pe termen lung ale abuzului sexual din perspectivă dezvoltativă, psihiatrică, neurochimică și neurobiologică.

Manifestări posibile: crize de furie, plâns facil, anxietate de separare, atacuri de panică, iritabilitate, reacții disproporționate la stimuli neutri, retragere emoțională, disociere, dificultăți în identificarea emoțiilor, toleranță scăzută la frustrare.

Trauma poate transforma reglarea emoțională într-o alternanță între alarmă și amorțire.

4.4. Impact neurobiologic și dezvoltarea creierului

Copilăria și adolescența sunt perioade sensibile pentru dezvoltarea creierului. Expunerea la stres traumatic poate influența sistemele de răspuns la stres, dezvoltarea circuitelor implicate în frică, recompensă, memorie, control executiv și reglare emoțională. Aceasta nu înseamnă că trauma „strică ireversibil” creierul, ci că dezvoltarea se poate organiza adaptativ în jurul supraviețuirii.

Teicher și Samson, într-o amplă cercetare asupra efectelor pe termen lung din punct de vedere neurobiologic ale abuzului și neglijării în copilărie, descriu asocieri între maltratarea copilului și modificări în sisteme neurobiologice implicate în stres, emoții și dezvoltare cerebrală. De Bellis și Zisk au discutat, de asemenea, neurobiologia asociată maltratării copilului, incluzând abuzul sexual, sistemele biologice de stres și dezvoltarea creierului.

Zone și funcții cerebrale afectate de traumă

- **amigdala:** detecția pericolului, frică, hipervigilență;
- **hipocampus:** memorie contextuală, organizarea experienței în timp;
- **cortexul prefrontal:** control executiv, inhibiție, planificare, reglare emoțională;
- **axa HPA:** răspunsul organismului la stres;
- **sistemele de recompensă:** motivație, căutare de siguranță, vulnerabilitate la comportamente de risc.

Creierul copilului traumatizat se adaptează la pericol. Problema apare când adaptările necesare supraviețuirii devin obstacole pentru învățare, relații și autonomie.

4.5. Impact asupra dezvoltării cognitive și școlare

Trauma poate afecta atenția, memoria de lucru, concentrarea, motivația, învățarea și performanța școlară. Copilul hipervigilent își folosește o mare parte din resurse pentru a monitoriza pericolul, nu pentru explorare și învățare. Copilul disociat poate părea neatent, visător sau „leneș”, deși mecanismul de bază este o protecție psihologică. Studiile privind experiențele adverse în copilărie au documentat asocieri între maltratare și consecințe asupra sănătății, funcționării emoționale și sistemelor neurobiologice de stres. Maltratarea copilului a fost asociată cu modificări în structura și funcția creierului și cu sisteme neurobiologice responsive la stres.

Manifestări posibile: scădere a performanței școlare, dificultăți de concentrare, absențe, refuz școlar, pierderea interesului pentru învățare, dificultăți de memorie, tulburări de somn care afectează randamentul, conflict cu profesorii sau colegii, perfecționism defensive (copilul încearcă să fie „impecabil” pentru a evita critica).

În traumă, dificultatea școlară nu reflectă întotdeauna lipsă de capacitate; uneori reflectă un sistem nervos ocupat cu supraviețuirea.

4.6. Impact asupra corpului și imaginii corporale

Abuzul sexual poate modifica profund relația copilului cu propriul corp. Corpul poate deveni asociat cu rușine, frică, dezgust, confuzie sau pierdere de control. Unii copii evită igiena, îmbrăcămintea strâmtă, consultațiile medicale, sportul sau contactul fizic. Alții pot deveni hiperpreocupați de aspectul fizic sau pot utiliza corpul ca sursă de control, pedeapsă sau validare.

CSA Centre sintetizează că supraviețuitorii abuzului sexual în copilărie pot raporta efecte asupra sănătății mintale, inclusiv anxietate, depresie, tulburări alimentare, tulburări de somn, insomnie și disociere.

Manifestări posibile: rușine corporală, dezgust față de corp, evitarea atingerii, dificultăți la consultații medicale, tulburări alimentare, autovătămare, somatizări, dificultăți în recunoașterea limitelor corporale, comportamente de control asupra corpului.

În abuzul sexual, corpul poate deveni locul traumei, dar și locul prin care copilul încearcă să recapete controlul.

4.7. Impact asupra dezvoltării sexualității

Dezvoltarea sexualității presupune curiozitate graduală, limite, siguranță, intimitate, respect și autonomie. Abuzul sexual introduce sexualitatea într-un context de putere, frică, secret, confuzie și rușine. Aceasta poate duce la dificultăți ulterioare în delimitarea consimțământului, încredere, intimitate și raportare la dorință. NCTSN arată că abuzul sexual în copilărie poate avea efecte serioase asupra ajustării sexuale ulterioare.

Posibile consecințe: comportamente sexualizate precoce, confuzie între afecțiuni, atenție și sexualizare, dificultăți în stabilirea limitelor, evitare a intimității, rușine sexuală, relații sexuale riscante în adolescență, revictimizare, anxietate în contexte de apropiere, disociere în contexte intime, dificultăți în înțelegerea consimțământului.

Nu toate victimele dezvoltă dificultăți sexuale, iar existența unor dificultăți sexuale nu dovedește automat abuz. Contează istoricul, contextul și evaluarea clinică.

4.8. Impact asupra identității și imaginii de sine

Copilul poate integra experiența traumatică în identitate sub forma unor convingeri negative: „sunt rău”, „sunt murdar”, „nu merit protecție”, „nu am valoare”, „este vina mea”. Aceste cogniții pot deveni nucleu pentru depresie, anxietate, rușine cronică, retragere sau comportamente autodistructive.

Posibile manifestări: stimă de sine scăzută, rușine persistentă, autoînvinovățire, sentiment de defectivitate, neîncredere în propriile percepții, dificultăți în afirmarea nevoilor, perfectionism, nevoia excesivă de validare, identitate construită în jurul traumei.

Un obiectiv central al intervenției este separarea identității copilului de experiența traumatică: copilul nu este ceea ce i s-a întâmplat.

4.9. Impact psihopatologic: riscuri pe termen scurt și lung

Abuzul sexual în copilărie este asociat cu risc crescut pentru PTSD, depresie, anxietate, disociere, tulburări alimentare, consum de substanțe, autovătămare și dificultăți relaționale. NCTSN menționează PTSD, depresia și anxietatea ca posibile efecte, mai ales când există traume multiple și suport parental redus.

Cercetarea lui Shrivastava subliniază efectele pe termen lung ale abuzului sexual în copilărie din perspectivă dezvoltativă și psihiatrică, incluzând asocierea cu tulburări mintale și modificări neurobiologice.

Tulburări psihice: tulburare de stres posttraumatic, depresie, anxietate, tulburări dissociative, tulburări alimentare, tulburări de somn, consum de alcool sau substanțe, autovătămare, comportament suicidar, tulburări de atașament, probleme de reglare emoțională, revictimizare.

Acestea sunt riscuri crescute statistic, nu destine inevitabile. Mulți copii se recuperează semnificativ atunci când primesc protecție, validare, suport familial și intervenție specializată.

4.10. Factori favorizanți

Impactul este de obicei mai sever când există abuz repetat sau de lungă durată, agresor din familie sau din cercul de încredere, amenințări sau constrângere, lipsă de sprijin parental, neîncredere sau blamare după dezvăluire, expunere la alte traume: violență domestică, neglijare, bullying, izolare social, intervenție tardivă, proceduri instituționale retraumatizante.

NCTSN subliniază că efectele pot fi mai ample și de durată în funcție de severitatea și numărul traumelor, precum și de nivelul de suport parental.

4.12. Factori protectivi și reziliență

Impactul traumei nu este determinist. Copiii pot recupera funcționarea și pot dezvolta reziliență dacă sunt protejați, crezuți și sprijiniți. Factorii protectivi includ oprirea abuzului și siguranță imediată, adult protector disponibil, reacție calmă și credibilizantă la dezvăluire, terapie specializată trauma-informed, stabilitate familială, suport școlar, reducerea rușinii și autoînvinovățirii, intervenție medicală și psihologică adecvată, proceduri legale și sociale care minimizează retraumatizarea.

WHO subliniază că un răspuns empatic și adecvat al furnizorilor de servicii de sănătate poate contribui semnificativ la recuperarea copiilor și adolescenților care au fost abuzați sexual.

Trauma afectează dezvoltarea, dar relațiile sigure, protecția și intervenția specializată pot redeschide dezvoltarea.

4.13. Implicații pentru specialiști

Rolul psihologului este să înțeleagă impactul dezvoltativ fără să reducă minorul la traumă. Evaluarea trebuie să includă etapa de dezvoltare, simptomele actuale, funcționarea anterioară, atașamentul și suportul familial, riscurile actuale, resursele copilului, siguranța, școala și relațiile, somnul, corpul și alimentația, comportamentele de risc, mecanismele de coping, nevoia de intervenție multidisciplinară.

Conceptualizare caz: „Simptomele copilului sunt compatibile cu o reacție traumatică și necesită evaluare specializată.”, „Impactul observat este dezvoltativ, nu doar simptomatic: afectează reglarea emoțională, relațiile, siguranța și imaginea de sine.”, „Obiectivul intervenției nu este doar reducerea simptomelor, ci restabilirea siguranței, controlului, încrederii și dezvoltării.”

4.14. Concluzii

Trauma sexuală poate reorganiza dezvoltarea în jurul supraviețuirii. Intervenția psihologică urmărește restabilirea siguranței și reluarea dezvoltării. Impactul abuzului sexual asupra dezvoltării nu se vede doar în simptome izolate. El poate afecta modul în care copilul se raportează la siguranță, adulți, corp, limite, învățare, intimitate și identitate. Totuși, trauma nu este destin: un răspuns protector, empatic și specializat poate reduce semnificativ consecințele și poate susține reluarea dezvoltării.

5. Cum ascultăm copilul fără retraumatizare

A asculta un copil care dezvăluie sau sugerează un abuz sexual înseamnă a crea un spațiu de siguranță, control, respect și validare, fără a presa copilul să ofere detalii, fără a-l interoga și fără a introduce sugestii. WHO recomandă ca intervenția față de copiii și adolescenții abuzați sexual să promoveze siguranța, să ofere alegeri și să respecte autonomia copilului sau adolescentului.

Ascultarea fără retraumatizare nu urmărește obținerea unei mărturisiri complete, ci protejarea copilului și păstrarea integrității relatării.

5.1. Prima reacție contează

Prima reacție a adultului poate influența decisiv dacă minorul continuă să vorbească, se oprește, retractează sau caută ajutor ulterior. Reacțiile de șoc, furie, panică, neîncredere sau blamare pot amplifica rușinea și frica. În schimb, o reacție calmă, credibilizantă și protectivă transmite copilului că nu este singur și că nu este vinovat. AACAP recomandă ca, atunci când un copil sugerează chiar vag că a avut loc un abuz sexual, adultul să îl încurajeze să vorbească liber și să evite comentariile judecative.

„Îți mulțumesc că mi-ai spus.”, „Îmi pare rău că ai trecut prin asta.”, „Ai făcut bine că ai spus.”, „Nu este vina ta.”, „Vreau să te ajut să fii în siguranță.”, „Nu trebuie să îmi spui totul acum.”

De evitat: „Ești sigur/ă?”, „De ce nu ai spus mai devreme?”, „De ce ai mers acolo?”, „De ce nu ai fugit?”, „Nu cumva ai înțeles greșit?”, „Spune-mi exact tot ce s-a întâmplat.”

5.2. Ascultarea trauma-informed

Ascultarea trauma-informed pornește de la ideea că trauma afectează memoria, limbajul, corpul, afectul și sentimentul de control. Copilul poate povesti fragmentar, se poate opri, poate reveni asupra unor detalii, poate părea detașat sau poate avea reacții emoționale intense. Aceste manifestări nu trebuie interpretate automat ca inconsistență sau minciună.

WHO subliniază importanța răspunsului empatic, centrat pe copil și orientat spre siguranță în îngrijirea copiilor și adolescenților care au fost abuzați sexual.

Principii: copilul are ritmul lui, copilul nu este forțat să repete, copilul are dreptul să se oprească, adultul nu introduce detalii, întrebările sunt minime, deschise și nesugestive, siguranța are prioritate față de obținerea unei relatări complete, psihologul documentează ce apare spontan, investigația specializată este lăsată specialiștilor formați în interviu medico-legal/forensic.

În ascultarea trauma-informed, controlul se întoarce la copil: poate alege ritmul, pauzele și cât poate spune în acel moment.

5.3. Diferența dintre ascultare clinică și interviu investigativ

Pentru psiholog, una dintre cele mai importante delimitări este între a primi o dezvăluire și a investiga o acuzație. În cabinet, rolul psihologului nu este să stabilească juridic adevărul, să obțină detalii probatorii sau să confrunte copilul. Rolul este să asigure siguranță, să reducă rușinea, să documenteze prudent și să activeze procedurile de protecție. Interviuurile investigative pentru suspiciuni de abuz sexual trebuie realizate de persoane special instruite. Cercetările despre protocolul NICHHD arată că folosirea unui protocol structurat îmbunătățește calitatea informațiilor obținute de investigatori de la presupuse victime, iar întrebările deschise sunt centrale pentru obținerea unor relatări mai detaliate și mai fiabile.

Ascultare clinică

Oferă siguranță și sprijin

Primește relatarea spontană

Evită detaliile inutile

Documentează exact

Activează protecția

Interviu investigative

Obține informații cu valoare probatorie

Urmează protocol specializat

Explorează sistematic, dar nesugestiv

Este realizat de interviuatori formați

Face parte din procedura medico-legală/judiciară

5.4. Întrebări deschise, nu sugestive

Întrebările sugestive pot modifica relatarea, pot crește confuzia și pot compromite calitatea informației. Studiile despre interviuarea copiilor în cazuri de abuz sexual arată că interviuatorii ar trebui să folosească prompturi deschise, să evite întrebările conducătoare și să rămână neutri.

Întrebări potrivite: „Vrei să-mi spui ce s-a întâmplat?”, „Spune-mi mai mult despre asta, dacă poți.”, „Ce vrei să știi?”, „Ce te-a făcut să-mi spui acum?”, „Cum te simți în acest moment?”, „Există ceva cu care te simți în siguranță?”, „Ți-e teamă să te întorci undeva sau la cineva?”

Întrebări de evitat: „Te-a atins X?”, „A fost tatăl/profesorul/vecinul?”, „Ți-a făcut asta de mai multe ori?”, „Era în dormitor?”, „Te-a amenințat că te omoară?”, „Ai spus nu?”, „Ai țipat?”, „Ți-a plăcut?”. Aceste întrebări sunt problematice deoarece pot introduce informație, pot sugera răspunsul, pot blama copilul sau pot produce retraumatizare.

5.5. Ascultarea copilului mic

Copiii mici pot comunica prin joc, desen, comportament, corp sau fragmente verbale. Este important să nu interpretăm rapid simbolurile din joc sau desen ca dovadă directă de abuz. Psihologul poate observa, nota și susține copilul, dar trebuie să evite „traducerile” forțate.

Ce ajută: ritm lent, limbaj simplu, pauze, posibilitatea de a desena sau de a se juca, întrebări foarte generale, validarea emoției, nu interpretarea conținutului, prezența unui adult protector, dacă nu inhibă copilul și dacă este sigur.

Exemple: „Poți să-mi arăți prin desen cum te simți?”, „Ce se întâmplă în jocul acesta?”, „Cine este în siguranță în poveste?”, „Ce ar ajuta personajul să fie în siguranță?”

Prudență: desenul și jocul pot indica suferință, dar nu sunt probe directe. Ele trebuie integrate într-o evaluare complexă.

5.6. Ascultarea adolescentului

Adolescenții pot fi blocați de rușine, teamă de judecată, teamă că nu vor fi crezuți, vinovăție, presiune de grup sau teamă de consecințe. NCTSN are materiale dedicate motivelor pentru care adolescenții nu dezvăluie agresiunea sexuală și modul în care pot fi susținuți după dezvăluire.

Ce ajută: respectarea autonomiei, explicarea limitelor confidențialității, evitarea moralizării, validarea ambivalenței, clarificarea faptului că responsabilitatea nu îi aparține, întrebări despre siguranța actuală, explorarea resurselor: prieteni, familie, școală, servicii.

Formulări utile: „Nu voi judeca ce îmi spui.”, „Este de înțeles că îți este greu să vorbești.”, „Poți să-mi spui doar cât poți acum.”, „Responsabilitatea este a persoanei care ți-a făcut rău.”, „Vreau să discutăm împreună cum rămâi în siguranță.”

5.7. Cum gestionăm tăcerea, fragmentarea și retragerea

Tăcerea nu trebuie grăbită. Copilul poate avea nevoie să verifice dacă adultul rămâne calm, dacă îl crede și dacă nu îl pedepsește. Dezvăluirea poate apărea în etape, iar retragerea temporară poate fi o formă de autoreglare.

Ce poate spune psihologul: „Putem face o pauză.”, „Nu trebuie să continui acum.”, „Sunt aici și te ascult.”, „Poți să-mi spui când vrei să ne oprim.”, „Nu e nevoie să găsești cuvintele perfecte.”

Ce trebuie evitat: presiunea pentru detalii, repetarea aceleiași întrebări, confruntarea contradicțiilor, interpretarea tăcerii ca refuz, promisiunea secretului absolut, recompensarea dezvăluirii cu beneficii materiale, reacții intense care îl fac pe copil să se simtă responsabil pentru emoțiile adultului.

5.8. Confidențialitatea: sinceritate fără amenințare

Psihologul nu trebuie să promită „nu voi spune nimănui”, deoarece suspiciunea de abuz asupra minorului poate necesita raportare și activarea protecției. În același timp, copilul nu trebuie speriat cu instituțiile sau cu poliția.

„Ce îmi spui este important și voi avea grijă să fie tratat cu respect. Uneori, când un copil nu este în siguranță, trebuie să cer ajutorul unor adulți/profesiونيști care pot proteja copilul. Îți voi explica ce se întâmplă, pe cât posibil, pas cu pas.”

Nu promitem secret absolut. Promitem grijă, respect, protecție și transparență.

5.9. Documentarea fără contaminarea relatării

Documentarea trebuie să fie factuală, exactă și separată de interpretări. Ideal este să fie notate cuvintele copilului cât mai aproape de formularea originală.

Se notează: data, ora, contextul, cine era prezent, cuvintele exacte ale copilului, între ghilimele, comportamente observabile, emoții și reacții corporale observate, întrebările puse de psiholog, răspunsurile copilului, acțiunile de protecție inițiate, persoanele/instituțiile contactate.

Se evită: parafrazări dramatizante, concluzii juridice, etichete precum „minte”, „exagerează”, „sigur abuzat”, interpretări nesuținute, întrebări repetate care pot modifica relatarea, expunerea copilului la relatări repetate în fața mai multor adulți.

Copilul a afirmat spontan: «...». În timpul relatării, a evitat contactul vizual, a plâns și a cerut să se oprească. Nu au fost adresate întrebări sugestive. A fost inițiată procedura de protecție.

5.10. Evitarea retraumatizării instituționale

Retraumatizarea poate apărea când copilul este obligat să repete povestea de multe ori, este necrezut, blamat, expus, confruntat cu agresorul sau tratat ca sursă de probe, nu ca persoană aflată în suferință. În centrele specializate și în bunele practici multidisciplinare, un obiectiv este reducerea numărului de relatări repetate și coordonarea intervenției între specialiști.

WHO recomandă îngrijire trauma-informed, centrată pe siguranță, alegeri și respectarea autonomiei copilului/adolescentului.

Ce reduce retraumatizarea: un singur profesionist de referință, când este posibil, limitarea întrebărilor repetate, interviu specializat realizat de persoane formate, spațiu sigur și adaptat vârstei, informarea copilului despre pașii următori, evitarea confruntării cu agresorul, menținerea rutinei și stabilității, implicarea adultului protector, coordonare între psiholog, medic, DGASPC, poliție/parchet, școală, după caz.

5.11. Ce facem când copilul retractează

Retractarea nu trebuie interpretată automat ca dovadă că relatarea a fost falsă. Copilul poate retracta din frică, presiune familială, rușine, vinovăție, amenințări sau dorința de a proteja familia. NCTSN include în ghidurile pentru părinți și îngrijitori tema situațiilor în care copiii își retrag dezvăluirea.

Răspuns recomandat: „Înțeleg că poate fi foarte greu să vorbești despre asta.”, „Nu ești în probleme pentru ce ai spus.”, „Eu sunt aici să te ajut să fii în siguranță.”, „Nu trebuie să decizi acum cât vrei să spui.”

De evitat: „Deci ai mințit?”, „Acum spui altceva.”, „Trebuie să recunoști adevărul.”, „M-ai pus într-o situație dificilă.”

5.12. Micro-abilități clinice utile

Ton și postură: voce calmă, ritm lent, pauze, poziție corporală non-amenințătoare, contact vizual flexibil, spațiu fizic suficient, evitarea apropierei bruște, cererea permisiunii înainte de orice gest: „E ok să stau aici?”

Validare: nu înseamnă stabilirea adevărului juridic. Înseamnă recunoașterea emoției și a curajului de a vorbi. „Îți cred că ți-a fost greu.”, „Are sens că te simți speriat/ă.”, „Ai făcut bine că ai cerut ajutor.”, „Nu ești vinovat/ă pentru ce a făcut altcineva.”

Reglare emoțională: „Hai să respirăm puțin.”, „Putem face o pauză.”, „Poți să te uiți prin cameră și să-mi spui trei lucruri pe care le vezi.”, „Ești aici, acum, în siguranță.”

5.13. Protocol simplu pentru specialiști: ASCULT

Poți folosi acest acronim într-un slide practic:

A — Asigură securitatea. Întreabă dacă minorul este în pericol imediat și cine este adultul protector.

S — Stai calm/ă. Reglează-ți propriile emoții pentru a nu încărca copilul.

C — Crede și validează. „Ai făcut bine că ai spus.” „Nu este vina ta.”

U — Utilizează întrebări deschise. „Spune-mi ce vrei să știi.” „Ce s-a întâmplat apoi?”

L — Limitează detaliile. Nu transforma discuția în anchetă. Nu cere detalii grafice sau repetate.

T — Transmite mai departe responsabil. Documentează, consultă procedurile și activează protecția copilului.

5.14. Concluzii

Ce ajută: calm, validare, întrebări deschise, control oferit copilului, pauze, limbaj simplu, documentare exactă, asigurarea protecției, evitarea repetării relatării.

Ce rănește: neîncrederea, blamarea, panica adultului, întrebările sugestive, presiunea pentru detalii, promisiunea secretului absolut, confruntarea, repetarea inutilă, expunerea copilului la mai mulți adulți curioși.

A asculta copilul fără retraumatizare înseamnă să nu îl forțăm să retrăiască experiența pentru a ne convinge pe noi. Psihologul oferă calm, siguranță, validare și control; adresează întrebări deschise și minime; documentează exact; evită sugestia și activează protecția copilului.

6. Principii de intervenție trauma-informed

Intervenția trauma-informed nu pornește de la întrebarea „Ce este în neregulă cu acest copil?”, ci de la întrebarea „Ce i s-a întâmplat acestui copil și ce îl ajută acum să fie în siguranță?”. În contextul abuzului sexual asupra minorilor, această schimbare de perspectivă este deosebit de importantă:

comportamentele copilului sunt înțelese ca adaptări la traumă, nu ca simple opoziții, manipulări sau „simptome de corectat”.

SAMHSA descrie abordarea trauma-informed prin șase principii: siguranță, încredere și transparență, sprijin între egali, colaborare și reciprocitate, empowerment, voce și alegere, sensibilitate culturală, istorică și de gen.

Trauma-informed înseamnă să organizăm intervenția astfel încât copilul să nu fie nevoit să se apere de noi în timp ce încercăm să îl ajutăm.

6.1. Principiul 1: Siguranța fizică și psihologică

Primul obiectiv este siguranța. Nu se poate lucra terapeutic eficient cu trauma dacă minorul este încă expus agresorului, presiunii familiale, amenințărilor, rușinării sau retraumatizării instituționale. WHO subliniază că răspunsul profesionistului față de copiii și adolescenții abuzați sexual trebuie să fie empatic și orientat spre recuperare, iar ghidurile clinice includ atenția la siguranță, autonomie și alegeri.

Siguranța include: copilul nu este lăsat singur cu presupusul agresor, copilul nu este forțat să repete relatarea în fața mai multor adulți, spațiul terapeutic este predictibil, calm și adaptat vârstei, adultul protector este implicat când este sigur și util, psihologul explică limitele confidențialității, intervenția este coordonată cu serviciile de protecție, medicale și juridice, când este cazul.

Înainte să lucrăm cu amintirea traumatică, trebuie să ne asigurăm că prezentul este cât mai sigur. Siguranța nu este doar absența agresorului. Este și absența blamării, presiunii, rușinării și imprevizibilității.

6.2. Principiul 2: Încredere și transparență

Copiii abuzați sexual au fost adesea manipulați prin secrete, confuzie, minciuni, amenințări sau promisiuni false. Din acest motiv, intervenția trebuie să fie cât mai transparentă. Psihologul explică ce urmează, cine va afla, de ce este nevoie de raportare, ce poate și ce nu poate promite.

În abordarea trauma-informed, încrederea se construiește prin predictibilitate, nu prin promisiuni imposibile. SAMHSA include trustworthiness and transparency ca principiu central al abordării trauma-informed.

Ce ajută: explicarea rolului psihologului, explicarea limitelor confidențialității, evitarea promisiunii de secret absolut, pregătirea copilului pentru pașii următori, verificarea înțelegerii copilului, revenirea constantă la ideea că responsabilitatea nu îi aparține.

Formulări utile: „Îți voi explica pas cu pas ce facem.”, „Nu voi lua decizii importante fără să îți spun ce se întâmplă, pe cât pot.”, „Unele lucruri trebuie spuse unor adulți care pot ajuta la siguranța ta.”, „Nu ești în probleme pentru că ai spus.”

De evitat: „Promit că nu spun nimănui.”, „O să rezolv eu tot.”, „Trebuie să ai încredere în mine.”, „Nu îți face griji, nu se va întâmpla nimic.”

6.3. Principiul 3: Control, alegere și autonomie

Abuzul sexual implică pierderea controlului asupra corpului, limitelor și relației. Intervenția trebuie să redea copilului un sentiment de control adecvat vârstei. WHO accentuează importanța respectării autonomiei copilului sau adolescentului și a oferirii de alegeri în îngrijirea trauma-informed.

Controlul nu înseamnă că minorul decide dacă se activează protecția atunci când există risc, ci că are alegeri în interiorul procesului: unde stă, când face pauză, dacă desenează sau vorbește, ce adult protector îl însoțește, ce strategie de reglare folosește.

Exemple de alegeri: „Vrei să stai pe scaun sau pe fotoliu?”, „Vrei să începem prin desen sau prin cuvinte?”, „Vrei să facem o pauză?”, „Vrei să îți explic ce urmează acum?”, „Vrei ca adultul tău de încredere să fie aproape sau să aștepte afară?”.

6.4. Principiul 4: Colaborare și relație, nu autoritate unilaterală

Copilul traumatizat poate percepe autoritatea ca fiind periculoasă, intruzivă sau imprevizibilă. De aceea, intervenția trauma-informed evită dinamica „adultul știe, copilul se supune” și construiește o relație colaborativă.

SAMHSA include colaborarea și mutualitatea printre principiile centrale ale îngrijirii trauma-informed, accentuând reducerea dezechilibrului de putere dintre profesionist și beneficiar.

În cabinet, colaborarea înseamnă: copilul este informat, nu doar evaluat, copilul este întrebat ce îl ajută să se simtă în siguranță, adultul protector este inclus fără a prelua vocea copilului, obiectivele sunt formulate pe înțelesul copilului, psihologul lucrează cu sistemul copilului: familie, școală, medic, protecția copilului.

Nu facem terapie asupra copilului, ci împreună cu copilul, în jurul siguranței lui.

6.5. Principiul 5: Empowerment, voce și alegere

Copiii abuzați sexual pot rămâne cu sentimentul că nu au voce, că nu sunt crezuți sau că limitele lor nu contează. Intervenția trebuie să consolideze competențele copilului, nu să îl reducă la statutul de victimă. NCTSN descrie TF-CBT ca intervenție bazată pe dovezi pentru copiii și adolescenții între 3 și 18 ani cu PTSD și dificultăți asociate, incluzând lucrul individual cu copilul, lucrul paralel cu părinții/îngrijitorii și sesiuni comune copil-părinte.

Empowerment în practică: copilul învață că emoțiile lui au sens, copilul exersează limite corporale și relaționale, copilul învață să ceară ajutor, copilul învață strategii de reglare, copilul este ajutat să separe vina de responsabilitate, copilul reconstruiește imaginea de sine dincolo de traumă.

Formulări utile: „Corpul tău contează.”, „Ai voie să spui nu.”, „Ai voie să ceri ajutor.”, „Ce ți s-a întâmplat nu definește cine ești.”, „Faptul că ai supraviețuit nu înseamnă că a fost responsabilitatea ta.”

Empowerment nu înseamnă „fii puternic”. Înseamnă „nu ești neputincios și nu ești singur”.

6.6. Principiul 6: Evitarea retraumatizării

Retraumatizarea apare când intervenția repetă dinamica traumei: lipsă de control, presiune, tăcere impusă, neîncredere, invadare, expunere, rușinare sau constrângere. În cazurile de abuz sexual asupra minorilor, retraumatizarea poate apărea atât în cabinet, cât și în sistemul medical, școlar, social sau juridic. O cercetare privind îngrijirea clinică în abuzul sexual asupra copilului arată că managementul clinic al acestor cazuri cere competențe specializate, din cauza sensibilității, implicațiilor legale și efectelor serioase asupra sănătății fizice și mintale.

Riscuri de retraumatizare: copilul este întrebat repetat aceleași lucruri, copilul este confruntat cu agresorul, copilul este blamat sau pus la îndoială, copilul este forțat să dea detalii, psihologul interpretează prea repede, copilul nu este informat despre ce urmează, procedurile sunt lente, confuze și necoordonate.

Ce reduce retraumatizarea: întrebări minime și deschise, documentare exactă a relatării spontane, coordonare interinstituțională, un adult protector stabil, explicarea fiecărui pas, pauze și tehnici de reglare, intervenție specializată, evitarea expunerii inutile.

O intervenție este trauma-informed nu doar prin ce face, ci și prin ce refuză să facă: nu presează, nu rușinează, nu repetă inutil, nu ia controlul copilului.

6.7. Principiul 7: Stabilizare înainte de procesarea traumei

În intervenția clinică, nu se începe direct cu explorarea detaliată a traumei. Copilul are nevoie mai întâi de siguranță, stabilizare și resurse. Modelele validate pentru trauma copilului, precum TF-CBT, sunt structurate pe componente și faze, incluzând psihoeducație, abilități de reglare, implicarea îngrijitorilor și procesarea treptată a experienței traumatiche.

Stabilizarea include: normalizarea reacțiilor traumatiche, identificarea triggerilor, tehnici de grounding, respirație și relaxare, reglare emoțională, somn și rutină, plan de siguranță, identificarea adultului protector, reducerea rușinii și autoînvinovățirii.

Conceptualizare: „Nu deschidem trauma înainte să avem suficiente resurse pentru a o conține.”

Ordinea intervenției: **siguranță** → **stabilizare** → **procesare** → **integrare** → **reconectare**.

6.8. Principiul 8: Implicarea adultului protector

Recuperarea copilului depinde mult de reacția mediului. Un adult protector calm, credibilizant și disponibil poate reduce impactul traumei și poate susține sentimentul de siguranță. În TF-CBT, lucrul cu părinții sau îngrijitorii este o componentă importantă, iar tratamentul include sesiuni paralele cu copilul și cu îngrijitorii, precum și sesiuni comune.

Obiective cu adultul protector: să creadă copilul emoțional, să evite blamarea, să gestioneze propria furie sau panică, să mențină rutinele, să asigure siguranța, să înțeleagă simptomele traumatiche, să nu preseze copilul pentru detalii, să colaboreze cu instituțiile.

Formulări pentru adultul protector: „Copilul are nevoie să vă vadă calm/ă și disponibil/ă.”, „Nu cereți detalii suplimentare acasă.”, „Repetăți-i că nu este vina lui/ei.”, „Mențineți rutina și predictibilitatea.”, „Dacă aveți furie sau vinovăție, aveți nevoie de sprijin separat, fără să puneți această povară pe copil.”

6.9. Principiul 9: Sensibilitate culturală, de gen și contextuală

Trauma nu apare în vid. Rușinea, tăcerea, frica de stigmatizare, rolurile de gen, statutul socio-economic, etnia, religia, dizabilitatea, orientarea sexuală sau dependența de agresor pot influența dezvoltarea și recuperarea. SAMHSA include explicit aspectele culturale, istorice și de gen ca principiu al abordării trauma-informed.

Psihologul ține cont de: norme familiale despre sexualitate și rușine, frica de „a face familia de răs”, posibila dependență financiară de agresor, vulnerabilitatea copiilor cu dizabilități, vulnerabilitatea copiilor LGBTQ+, bariere lingvistice sau culturale, experiențe anterioare negative cu instituțiile, riscul de stigmatizare comunitară.

O intervenție trauma-informed întreabă nu doar «ce s-a întâmplat?», ci și «în ce lume trebuie copilul să supraviețuiască după ce spune?»

6.10. Principiul 10: Intervenție multidisciplinară și coordonată

Abuzul sexual asupra minorilor este simultan o problemă clinică, familială, socială, juridică și de protecție. Psihologul nu poate și nu trebuie să lucreze izolat. WHO descrie abuzul sexual asupra copiilor și adolescenților ca o problemă globală de sănătate publică și subliniază rolul furnizorilor de servicii de sănătate în oferirea unui răspuns empatic și adecvat.

Colaborarea poate include: DGASPC / servicii de protecție a copilului, medic pediatru / medic legist / ginecolog, după caz, poliție/parchet, când situația o cere, școală, psihoterapeut specializat în trauma, psihiatru de copii și adolescenți, dacă există risc suicidal, depresie severă, disociere importantă sau alte simptome severe, organizații specializate.

Coordonarea protejează copilul de două riscuri: abandonul instituțional și suprainterviuarea.

6.11. Ce înseamnă intervenție trauma-informed în fiecare etapă

La prima suspiciune: nu investigăm brutal, ascultăm calm, notăm cuvintele copilului, evaluăm siguranța imediată, informăm adultul protector, dacă este sigur, activăm procedurile de protecție.

În evaluare: formulăm ipoteze, nu verdicte, evităm întrebările sugestive, evaluăm simptomele, resursele și riscurile, integrăm contextul familial și școlar, observăm schimbările dezvoltative.

În intervenție: stabilizare înainte de procesare, reglare emoțională, reducerea rușinii, psihoeucație, implicarea adultului protector, lucru cu corpul și limitele, terapie bazată pe dovezi, când este disponibilă.

În colaborarea instituțională: reducem repetarea relatării, comunicăm clar, documentăm factual, protejăm confidențialitatea, evităm expunerea copilului, urmărim continuitatea suportului.

6.12. Tehnici de stabilizare utile în cabinet

Grounding sensorial: „Spune-mi cinci lucruri pe care le vezi.”, „Simte picioarele pe podea.”, „Alege un obiect din cameră și descrie-l.”, „Observă unde ești acum: ești aici, nu acolo.”

Respirație și ritm: „Inspirăm încet, expirăm mai lung.”, „Nu trebuie să te calmezi repede. Luăm timp.”, „Corpul tău încearcă să te protejeze.”

Externalizarea simptomelor: „Anxietatea este o alarmă care a rămas sensibilă.”, „Coșmarurile sunt felul creierului de a încerca să proceseze ceva greu.”, „Faptul că îngheți nu înseamnă că ești slab/ă.”

Lucru cu limitele: „Ai voie să spui stop.”, „Ai voie să alegi cât de aproape stă cineva.”, „Corpul tău îți aparține.”, „Putem exersa cum ceri ajutor.”

6.13. Recuperarea

Pentru copil: „Nu este vina ta.”, „Ai făcut bine că ai spus.”, „Nu trebuie să îți amintești tot acum.”, „Corpul tău a încercat să te protejeze.”, „Ai voie să ai emoții amestecate.”, „Ce ți s-a întâmplat nu te definește.”, „Vom merge pas cu pas.”

Pentru adolescent: „Nu te voi judeca.”, „Faptul că ai tăcut până acum are sens.”, „Ai dreptul la limite și siguranță.”, „Nu ești responsabil/ă pentru deciziile unui adult.”, „Vom discuta ce opțiuni există și ce înseamnă fiecare.”

Pentru adultul protector: „Reacția dumneavoastră poate fi un factor major de vindecare.”, „Copilul are nevoie de calm, nu de întrebări repetate.”, „Este important să nu îl puneți să povestească din nou acasă.”, „Repetati-i că este crezut și că nu este vinovat.”

6.14. Ce nu este trauma-informed

O intervenție nu este trauma-informed dacă: grăbește copilul să povestească, pune accent pe detalii în loc de siguranță, cere copilului să repete relatarea inutil, interpretează retractarea ca minciună automată, blamează copilul pentru tăcere, comportament sau ambivalență, ignoră adultul protector, ignoră riscul actual, promite secret absolut, tratează copilul doar ca „probă”, confundă calmul aparent cu absența traumei, începe procesarea traumei înainte de stabilizare.

8.15. Concluzii

Principii trauma-informed:

Principiu

Siguranță

În practică

protecție, spațiu calm, evaluarea riscului

Principiu	În practică
Încredere	transparență, predictibilitate, limite clare
Alegere	pauze, ritm, control adecvat vârstei
Colaborare	copilul nu este tratat ca obiect al evaluării
Empowerment	voce, limite, competențe, resurse
Evitarea retraumatizării	fără presiune, fără sugestie, fără repetare inutilă
Stabilizare	reglare înainte de procesarea traumei
Adult protector	sprijin, rutină, validare
Sensibilitate culturală	rușine, gen, context, vulnerabilități
Multidisciplinaritate	coordonare clinică, socială, medicală și juridică

Intervenția trauma-informed nu este o tehnică izolată, ci o etică a relației: siguranță, respect, control, colaborare și protecție.”. „În intervenția trauma-informed, psihologul nu forțează copilul să retrăiască trauma pentru a o valida. Mai întâi construiește siguranță, reduce rușinea, oferă control, implică adultul protector și colaborează cu sistemele de protecție. Scopul nu este doar reducerea simptomelor, ci redeschiderea dezvoltării: copilul să poată simți din nou că are corp, voce, limite, relații și viitor.

7. Studiu de caz

Date generale

Copil: „M.”, fată, 10 ani

Context: elevă în clasa a IV-a

Trimitere: consilierul școlar recomandă evaluare psihologică după schimbări bruște de comportament

Familie: locuiește cu mama și partenerul mamei; tatăl biologic este prezent rar

Motiv aparent al prezentării: anxietate, scădere școlară, refuz de a merge acasă după programul școlar

Context initial: în ultimele două luni, M. a devenit retrasă, plânge ușor, are dificultăți de concentrare și refuză să participe la activități care presupun schimbarea hainelor, cum ar fi ora de sport. Învățătoarea observă că M. evită să plece acasă atunci când știe că mama lucrează în tura de seară. Mama descrie copilul ca fiind „mai sensibilă” și „mai încăpățânată”, dar nu identifică un eveniment declanșator clar. Partenerul mamei este descris de familie ca „autoritar, dar implicat”.

7.1. Semne observate

Semne emoționale: anxietate crescută, plâns facil, frică de a rămâne singură, rușine când se discută despre corp, iritabilitate, dificultăți de somn, coșmaruri, hipervigilență în prezența anumitor adulți.

Semne comportamentale: refuz școlar parțial, scădere bruscă a performanței, evitare a orei de sport, agățare de învățătoare, refuz de a merge acasă când mama nu este prezentă, dureri abdominale recurente înainte de plecarea acasă, desen repetitiv cu teme de ascundere și frică.

Semne relaționale: evită contactul cu partenerul mamei, devine foarte tăcută când acesta este menționat, cere să doarmă cu mama, spune că „nu vrea să supere pe nimeni”, pare îngrijorată că mama „se va supăra” dacă spune anumite lucruri.

7.2. Prima discuție în cabinet

În prima ședință, psihologul observă că M. este tensionată, evită contactul vizual și răspunde scurt. Când este întrebată ce ar ajuta-o să se simtă mai confortabil, alege să deseneze. Psihologul evită întrebările directe despre abuz și începe cu întrebări deschise: „Ce ai vrea să știi despre tine astăzi?”, „Ce s-a schimbat pentru tine în ultima vreme?”, „Sunt momente în care te simți mai în siguranță și momente în care te simți mai puțin în siguranță?”, „Există cineva cu care nu îți place să rămâi singură?”

M. spune încet: „Nu-mi place când mama pleacă seara.”. După o pauză, adaugă: „Atunci trebuie să stau cu el.”

Psihologul răspunde calm: „Îți mulțumesc că îmi spui. Nu trebuie să îmi spui totul acum. Vreau să înțeleg ce te ajută să fii în siguranță.”

7.3. Dezvăluirea parțială

Într-o ședință ulterioară, M. spune spontan: „El intră în camera mea și îmi spune să nu zic, că mama o să se supere pe mine.”

Psihologul nu cere detalii grafice. Nu întreabă: „Te-a atins?” sau „Ce ți-a făcut?”. În schimb, folosește întrebări deschise și orientate spre siguranță: „Îmi pare rău că treci prin asta.”, „Ai făcut bine că mi-ai spus.”, „Nu este vina ta.”, „Ești în siguranță să te întorci acasă astăzi?”, „Există un adult cu care te simți în siguranță?”, „Când se întâmplă să îți fie cel mai frică?”

Copilul spune că îi este teamă să rămână singură acasă cu partenerul mamei.

7.4. Analiza clinică

Ipoteze clinice

În acest caz, psihologul nu formulează o concluzie juridică, ci o suspiciune clinică. Semnele observate sunt compatibile cu o reacție traumatică și ridică suspiciunea unei experiențe de abuz sau expunere inadecvată.

Elemente care cresc nivelul de îngrijorare: schimbare bruscă de comportament, anxietate și evitare asociate cu o persoană specifică, frică de a rămâne singură cu acea persoană, dificultăți de somn și

coșmaruri, rușine și tăcere, mesaj de secret impus, teama că mama se va supăra, dezvăluire parțială spontană, posibilă relație de putere și dependență în familie.

Conceptualizare caz: „M. prezintă simptome anxioase, evitare specifică, tulburări de somn și semne de hipervigilență. Relatarea spontană privind comportamentul adultului din locuință, asociată cu teamă și secret impus, ridică suspiciunea unei situații de risc și necesită activarea procedurilor de protecție a copilului.”

7.5. Ce face psihologul

1. Prioritizează siguranța

Psihologul evaluează dacă M. este în pericol imediat. Deoarece copilul declară că se teme să se întoarcă acasă în absența mamei și că adultul vizat are acces direct la ea, siguranța devine prioritară.

Întrebări potrivite: „Cine este adultul cu care te simți cel mai în siguranță?”, „Astăzi, după ce pleci de aici, cine va fi cu tine?”, „Există un loc unde te simți în siguranță?”, „Este posibil să nu rămâi singură cu el?”

2. Explică limitele confidențialității

Psihologul nu promite secret absolut. Explică pe înțelesul copilului: „Ce mi-ai spus este important. Nu ești în probleme. Când un copil nu este în siguranță, eu trebuie să cer ajutorul unor adulți care pot proteja copilul. Îți voi explica ce facem, pas cu pas.”

3. Documentare

Psihologul notează data și ora discuției, contextul, cine a fost prezent, cuvintele exacte ale copilului, întrebările adresate, răspunsurile copilului, comportamente observabile, nivelul de risc, măsurile inițiate.

Notă clinică: „În timpul ședinței, M. a spus spontan: «El intră în camera mea și îmi spune să nu zic, că mama o să se supere pe mine.» Copilul a vorbit încet, a evitat contactul vizual și a plâns. Nu au fost adresate întrebări sugestive privind acte sexuale. A fost evaluată siguranța imediată și s-a discutat necesitatea solicitării sprijinului de protecție.”

4. Activează protecția copilului

Într-un caz real, psihologul urmează procedurile legale și instituționale aplicabile: sesizare către serviciile de protecție a copilului, contactarea autorităților competente și, dacă există pericol imediat, apel la 112.

5. Evită interogarea

Psihologul nu încearcă să obțină detalii probatorii. Nu confruntă copilul, nu verifică „adevărul” prin presiune, nu cere repetarea relatării în fața mai multor adulți.

De evitat: „Exact ce ți-a făcut?”, „Unde te-a atins?”, „De câte ori?”, „De ce nu ai spus?”, „Ești sigură că nu ai visat?”, „Hai să-i spunem mamei acum tot, în fața ta.”

7.6. Intervenția trauma-informed

Obiective inițiale

1. Siguranță imediată.
2. Reducerea rușinii și autoînvinovățirii.
3. Stabilizare emoțională.
4. Implicarea unui adult protector.
5. Evitarea retraumatizării prin întrebări repetate.
6. Coordonare cu serviciile competente.
7. Evaluare psihologică și, dacă este cazul, psihoterapie specializată.

Intervenții psihologice

a) Psihoeducație simplă. Uneori, când copiilor li se întâmplă lucruri care îi sperie, corpul lor rămâne în alertă. De aceea poți avea coșmaruri, dureri de burtă sau frică. Nu e vina ta.

b) Reglare emoțională. Hai să ne uităm prin cameră și să numim cinci lucruri pe care le vezi. Simte tălpile pe podea. Respirăm încet. Nu trebuie să povestești mai mult acum.

c) Reducerea rușinii. Responsabilitatea este a adultului. Copiii nu sunt vinovați când adulții le încalcă limitele. Ai făcut bine că ai cerut ajutor.

d) Restabilirea controlului. Vrei să facem o pauză? Vrei să desenezi sau să vorbim? Vrei să alegi unde stai? Vrei să îți explic ce urmează?

7.7. Lucrul cu adultul de referință

Mama este inițial confuză și defensivă. Spune: „Nu cred că ar putea face așa ceva. Poate copilul a înțeles greșit.”. Această reacție este frecventă în familii, mai ales când presupusul agresor este partenerul părintelui sau un membru al familiei. Psihologul trebuie să lucreze cu mama fără a o ataca, dar ferm în direcția protecției copilului.

Mesaje: „În acest moment, prioritatea este siguranța copilului.”, „Nu este nevoie să o întrebați acasă detalii.”, „Este important să nu rămână singură cu persoana de care se teme.”, „Reacția dumneavoastră poate ajuta copilul să se simtă în siguranță.”, „Chiar dacă vă este greu să procesați informația, copilul are nevoie să audă că nu este vinovată.”

Ce trebuie evitat de către adultul de referință: să interogheze copilul, să confrunte presupusul agresor în prezența copilului, să spună „distrugi familia”, să ceară copilului să retragă, să o facă responsabilă pentru consecințe, să minimizeze: „nu a fost chiar așa grav”, să promită că „nu spunem nimănui”.

7.8. Riscuri clinice

În acest caz, psihologul urmărește: anxietate severă, tulburări de somn, simptome posttraumatice, risc de autovătămare, mai ales dacă ar fi adolescent, presiune familială pentru retractare, acces continuu al presupusului agresor la copil, blamare, izolare, retraumatizare prin repetarea relatării.

7.9. Posibilă evoluție

După activarea protecției, M. nu mai rămâne singură cu adultul de care se teme. Mama primește sprijin pentru a înțelege reacțiile copilului și pentru a gestiona propria vinovăție și furie. Copilul începe intervenția psihologică orientată spre stabilizare, reglare emoțională și reducerea rușinii.

În timp, M. își recapătă parțial somnul, anxietatea scade, revine treptat la activitățile școlare și învață să identifice adulții de încredere. Procesarea detaliată a traumei este abordată doar după stabilizare și în condiții de siguranță.

7.10. Întrebări

1. Care sunt primele semne care ridică suspiciunea?
2. Ce elemente indică un posibil risc actual?
3. Ce întrebări ar fi utile și nesugestive?
4. Ce întrebări ar trebui evitate?
5. Cum explicăm copilului limitele confidențialității?
6. Cum lucrăm cu un părinte care neagă sau minimizează?
7. Ce trebuie documentat?
8. Când activăm serviciile de protecție?
9. Cum evităm retraumatizarea instituțională?
10. Ce obiective terapeutice sunt potrivite în prima etapă?

7.11. Analiza cazului

Elemente de îngrijorare: schimbare bruscă de comportament, frică de a rămâne cu o persoană specifică, secret impus, coșmaruri și dureri abdominale, evitare și retragere, dezvăluire parțială, acces direct al adultului la copil.

Răspuns profesionist: calm și validare, întrebări deschise, nu solicită detalii, evaluarea siguranței, documentare exactă, activarea protecției, implicarea adultului protector, stabilizare psihologică.

În cazurile de suspiciune de abuz sexual, psihologul nu trebuie să obțină certitudinea juridică pentru a acționa protectiv. Suspiciunea rezonabilă și riscul pentru copil cer intervenție responsabilă.

7.12. Conceptualizare: „A.”, 15 ani, vine la cabinet pentru atacuri de panică, autovătămare superficială și refuz școlar. Inițial spune că „nu suportă să fie atinsă” și că „a făcut o prostie”. După câteva întâlniri, dezvăluie parțial că un adult cunoscut familiei a „convins-o” să păstreze o relație secretă și a amenințat-o că va distribui mesaje și imagini dacă vorbește.

Teme de discutat:

- grooming online/offline;
- rușine și autoînvinovățire;
- șantaj și control;
- risc suicidar;
- intervenție trauma-informed;
- protecție digitală;
- implicarea adultului protector;
- raportare și colaborare interdisciplinară.

La adolescenți, abuzul poate fi mascat de rușine, relații aparent consimțite, grooming, șantaj digital și teamă de judecată.

7.13. Concluzia studiului de caz

Acest caz ilustrează faptul că abuzul sexual asupra minorilor nu se prezintă întotdeauna printr-o dezvăluire clară și completă. De multe ori, copilul comunică prin evitare, simptome, teamă, rușine, fragmente și tăceri. Rolul psihologului este să observe constelația de semne, să asculte fără sugestie, să protejeze copilul și să intervină într-un mod care nu repetă dinamica traumei.

8. Concluzii și resurse

Abuzul sexual asupra minorilor este o formă severă de traumă relațională și dezvoltativă. El nu afectează doar momentul prezent, ci poate influența atașamentul, reglarea emoțională, imaginea corporală, identitatea, relațiile, sexualitatea, funcționarea școlară și sănătatea mintală.

Pentru psiholog, obiectivul central nu este „să obțină mărturisirea completă”, ci să creeze siguranță, să asculte fără sugestie, să documenteze prudent, să reducă rușinea și să activeze protecția copilului.

Copilul nu are nevoie să fie interogat. Are nevoie să fie protejat, crezut emoțional, ascultat fără presiune și însoțit într-un proces sigur de recuperare.

8.1. Mesaje-cheie

a) Abuzul sexual nu înseamnă doar contact fizic

El poate include forme cu contact, fără contact, grooming, exploatare sexuală, expunere la materiale sexuale, solicitare de imagini intime și abuz facilitat de tehnologie.

b) Copiii nu dezvăluie întotdeauna imediat

Dezvăluirea este adesea întârziată, fragmentară, indirectă sau ambivalentă. Tăcerea, retractarea sau relatarea incompletă nu invalidează automat experiența copilului.

c) Semnele sunt importante, dar nespecifice

Anxietatea, regresul, coșmarurile, comportamentele sexualizate, retragerea, agresivitatea sau scăderea școlară pot ridica suspiciuni, dar nu sunt dovezi izolate. Absența simptomelor nu exclude abuzul.

d) Trauma afectează dezvoltarea

Abuzul poate reorganiza dezvoltarea copilului în jurul supraviețuirii: hipervigilență, rușine, neîncredere, disociere, dificultăți de reglare, probleme relaționale și confuzie privind limitele.

e) Prima reacție a adultului contează

Un adult calm, credibilizant și protector poate reduce rușinea și poate facilita accesul copilului la ajutor. O reacție de panică, neîncredere sau blamare poate întări tăcerea.

f) Intervenția trebuie să fie trauma-informed

Siguranța, transparența, controlul, colaborarea, alegerea, validarea și evitarea retraumatizării sunt esențiale. SAMHSA sintetizează abordarea trauma-informed prin principii precum siguranță, încredere, colaborare, empowerment și sensibilitate culturală.

g) Psihologul nu lucrează izolat

Cazurile de abuz sexual asupra minorilor cer colaborare între psiholog, familie/adult protector, DGASPC, medic, școală, poliție/parchet și alte servicii specializate, în funcție de situație.

8.2. Concluzii

Abuzul sexual asupra minorilor este menținut prin secret, rușine, frică și dezechilibru de putere. Intervenția profesionistului trebuie să rupă acest cerc fără să reproducă dinamica traumei. Psihologul nu este anchetatorul copilului, ci adultul care oferă siguranță, ascultare competentă, validare, orientare și conectare la protecție.

Nu întrebați: „De ce nu ai spus?”, „De ce nu ai fugit?”, „Ești sigur/ă?”, „Ce ai făcut ca să se întâmple?”

Spuneți: „Îți mulțumesc că mi-ai spus.”, „Nu este vina ta.”, „Ai făcut bine că ai cerut ajutor.”, „Vreau să te ajut să fii în siguranță.”, „Nu trebuie să-mi spui totul acum.”

Un copil nu se vindecă pentru că povestește perfect. Se vindecă atunci când este în siguranță, crezut, protejat și însoțit. Abuzul sexual asupra minorilor este o traumă relațională, dezvoltativă și socială.

Copiii pot tăcea, pot spune fragmentar, pot retracta sau pot părea aparent funcționali. Rolul psihologului este să asculte fără sugestie, să valideze fără a ancheta, să documenteze prudent și să activeze protecția. Intervenția eficientă începe cu siguranța și continuă cu stabilizare, sprijin familial, colaborare interdisciplinară și tratament trauma-informed. Când un copil vorbește, nu avem nevoie să îl facem să demonstreze suferința. Avem responsabilitatea să o primim competent și să îl protejăm.

Bibliografie

Alaggia, R., Collin-Vézina, D., & Lateef, R. 2019. *Facilitators and Barriers to Child Sexual Abuse Disclosures: A Research Update 2000–2016*. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 260–283.

Alaggia, R., Collin-Vézina, D., & Lateef, R. *Facilitators and Barriers to Child Sexual Abuse Disclosures: A Research Update 2000–2016*.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2023. *Responding to Child Sexual Abuse*.

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. 2006. *The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.

APSAC. 2023. *Forensic Interviewing of Children: Practice Guidelines*.

CDC. *About Child Sexual Abuse*. Centers for Disease Control and Prevention.

CSA Centre. *The impacts of child sexual abuse*.

De Bellis, M. D., & Zisk, A. 2014. *The biological effects of childhood trauma*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.

Fernandes, D. et al. 2023/2024. *Forensic Interview Techniques in Child Sexual Abuse Cases*.

Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. 1993. *Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies*. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164–180.

La Rooy, D. et al. 2015. *The NICHD protocol: A review of an internationally-used evidence-based tool for training child forensic interviewers*.

Lamb, M. E. et al. 2007. *Structured forensic interview protocols improve the quality and informativeness of investigative interviews with children*.

London, K., Bruck, M., Ceci, S. J., & Shuman, D. W. 2005. *Disclosure of Child Sexual Abuse: What Does the Research Tell Us About the Ways That Children Tell?* *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(1), 194–226.

London, K., Bruck, M., Ceci, S. J., & Shuman, D. W. *Disclosure of Child Sexual Abuse: What Does the Research Tell Us About the Ways That Children Tell?*

- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. 2017. *Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition*.
- McElvaney, R. 2021. *Identifying Shame in Child Sexual Abuse Disclosure Processes*.
- National Child Traumatic Stress Network. 2018. *Why Don't They Tell? Teens and Sexual Assault Disclosure*.
- National Child Traumatic Stress Network. *Sexual Abuse: Effects*.
- National Child Traumatic Stress Network. *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*.
- National Child Traumatic Stress Network. *What to Do If Your Child Discloses Sexual Abuse*.
- NSPCC Learning. *Protecting children from sexual abuse*.
- Otterman, G. et al. 2024. *Clinical care of childhood sexual abuse: a systematic review and critical appraisal of clinical practice guidelines*.
- SAMHSA. 2025. *6 Guiding Principles to a Trauma-informed Approach*.
- SAMHSA. 2026. *Trauma-Informed Approaches and Programs*.
- SAMHSA. *Trauma-Informed Approaches and Programs*.
- Shrivastava, A. K., Karia, S. B., Sonavane, S. S., & De Sousa, A. A. 2017. *Child sexual abuse and the development of psychiatric disorders: A neurobiological trajectory of pathogenesis*.
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. 2011. *A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world*.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. 2016. *Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- UNICEF Data. *Sexual violence against children*.
- UNICEF. *Protecting children from sexual exploitation and abuse*.
- UNICEF. *Sexual violence against children*.
- UNODC. *Online Child Sexual Exploitation and Abuse*.
- WHO / NCBI Bookshelf. *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused*.
- WHO. 2017. *Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines*.
- Winters, G. M., Jeglic, E. L., & Kaylor, L. E. 2017. *Stages of Sexual Grooming: Recognizing Potentially Predatory Behaviors of Child Molesters*.