

PROFILUL PĂRINȚILOR ADOPTIVI DIN ROMÂNIA ȘI MOTIVAȚIA ADOPTIEI COPILOR GREU ADOPTABILI¹

DORU BUZDUCEA
FLORIN LAZĂR

În ultimele două decenii, ponderea adopțiilor din România s-a schimbat de la cele internaționale (în prima decadă) spre cele naționale. În timp ce legislația s-a modificat în 2004 pentru a respecta reglementările internaționale și pentru a încuraja adopția națională, numărul absolut al adopțiilor naționale a rămas relativ constant, în ultimii cinci ani. Numărul de copii în îngrijire rezidențială este încă mare, cei mai mulți fiind mai mari de zece ani și cu dizabilități sau alte probleme de sănătate care îi califică drept „copii cu nevoi speciale” pentru adopție. Scopul acestui studiu a fost să identifice principalele caracteristici ale familiilor adoptive din România, tipul de copii preferați pentru adopție și de copii „cu nevoi speciale” și care sunt factorii care motivează familiile să adopte copii mai mari de 3 ani, cu dizabilități sau de etnie romă. Cercetarea, desfășurată în Octombrie–Noiembrie 2010 a folosit metode mixte: interviuri în profunzime (N = 22) și focus-grup-uri (N = 11) cu familii adoptive și folosind un eșantion de date oficiale (N = 338) din Registrul Național de Adopții finalizat între 2007–2009. Profilul familiei adoptive din România este cu vârste cuprinse între 38 și 40 de ani, din mediul urban, cu venituri peste medie, cu o problemă medicală (în special infertilitate) și care își dorește să adopte un copil român (nu roma), de vârstă mică (până în 3 ani), fără dizabilități sau care să fi trăit într-o instituție. Copiii cu nevoi speciale sunt în principal adoptați de familia extinsă sau asistenți maternali profesioniști. Implicațiile pentru politici și practici sunt, de asemenea, discutate și sunt propuse noi teme pentru cercetări viitoare.

***Cuvinte-cheie:** adopție, adopția copiilor cu nevoi speciale, adopție națională, familii adoptatoare, România.*

INTRODUCERE

Situația adopțiilor din România a constituit, după 1990, un subiect preferat de mass-media internațională, în contextul schimbărilor care au avut loc în acea perioadă în Europa Centrală și de Sud-Est (Scott și Groza, 2004; Mather, 2007).

* Adresele de contract ale autorilor: Doru Buzducea, Florin Lazăr, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Universitatea București, Schitu Măgureanu, nr. 9, sector 5, București, e-mail: dbuzducea@yahoo.com; florin.lazar@sas.unibuc.ro.

¹ Cercetarea de față a fost realizată la cererea Colegiului Național al Asistenților Sociali din România și a Oficiului Român pentru Adopții, cu sprijinul financiar al UNICEF România.

Adopțiile internaționale au reprezentat motiv de discuții, îngrijorări și chiar dispute politice, în special după interzicerea totală a acestora în perioada 2001–2004 (Dickens, 2009; Roby și Ife, 2009; Muntean și alții 2010a). Cu toate că la ora actuală protecția copilului în România a cunoscut un progres semnificativ (Crawford et al. 2006; Zanca, 2010), totuși numărul adopțiilor realizate la nivel național este unul redus (Cojocaru, 2008), în perioada 2005–2009 media fiind în jur de 1 000 de copii anual (Oficiul Român pentru Adopții, 2005–9). Numărul copiilor adoptabili a fost, în aceeași perioadă, mai mic decât al familiilor atestate ca apte să adopte, existând mai multe familii dornice să adopte decât copii adoptabili. De altfel, și la nivel internațional se constată, în ultima perioadă, un declin al numărului adopțiilor internaționale (Selman, 2009). În același timp, aproximativ 23 000 de copii sunt separați de familiile lor (MMFPS, Buletin statistic trimestrial – trim. IV 2010), aflându-se în instituții rezidențiale de protecție a copilului, publice și private. Cei mai mulți dintre copiii aflați în instituții de protecție specială au vârsta mai mare de 10 ani, intrând astfel în categoria celor greu adoptabili.

Copilul greu adoptabil este definit în literatura de specialitate (Bejenaru, 2010: 192) ca având următoarele caracteristici:

- *vârstă mai mare de 3 ani;*
- *apartenența din punct de vedere etnic sau rasial categoriilor minoritare;*
- *cu probleme emoționale, cu boli cronice, cu dizabilități fizice și/sau mintale;*
- *a fost supus la diferite forme de abuz și/sau neglijare severă;*
- *copil care are mai mulți frați și, potrivit principiilor protecției copilului, ar trebui plasați împreună.*

Din datele furnizate de Oficiul Român pentru Adopții (ORA) privind perioada 2005–2009 reies câteva elemente relevante:

- numărul adopțiilor se menține relativ constant, variind între minim 1 136 (2005) și maxim 1 421 (2006), cu o ușoară scădere în ultimii doi ani, aproximativ 350 dintre aceste adopții fiind de către soțul/ soția părintelui firesc al copilului (230 în 2009);
- creșterea vârstei medii a copiilor adoptați de la 2 ani, în 2005 la peste 3 ani, în 2009 și o creștere a ponderii celor considerați „greu adoptabili”, cu vârste de peste 3 ani;
- vârsta medie a părinților adoptivi este de 38–39 de ani;
- creșterea duratei procedurilor adopției, de la cinci luni în 2006 la opt luni în 2009 (min. patru luni – max. unsprezece luni);
- creșterea numărului persoanelor/ familiilor apte să adopte (în jur de 2 500 anual);
- nu toți copiii adoptabili își găsesc o familie/ persoană adoptatoare, deși numărul acestora din urmă este mai mare decât al copiilor adoptabili.

Cercetări anterioare (Bejenaru, 2010) au arătat că familiile adoptatoare din România au un nivel de trai peste medie, și, pe fondul infertilității, al unei relații de rudenie sau de îngrijire, aleg să adopte un copil. Familiile sau persoanele care adoptă copii greu adoptabili/ cu nevoi speciale sunt cu vârstă peste 45 de ani, cu un

nivel de educație mai scăzut (cel mult școală profesională), sunt căsătoriți de mai puțin de cinci ani sau de peste 20 de ani, nu au probleme de sănătate/infertilitate.

Muntean și alții (2010b: 33) consideră că se pot identifica cinci categorii de motivații ale adopției, ale familiilor din România:

1. un „profit social” la bătrânețe;
2. infertilitatea;
3. urmărirea unor beneficii materiale;
4. când adoptatorul este soțul/soția sau alt membru al familiei părintelui natural/firesc al copilului;
5. din iubire față de copii și compasiune.

Bejenaru (2010) identifică, în funcție de o serie de variabile (status marital, prezența copiilor biologici, posibilitatea adoptatorilor de a procrea, existența unor relații de rudenie între adoptator și adoptat, copilul adoptat a beneficiat de o măsură de protecție specială în familia adoptatoare), șapte categorii de adoptatori:

1. adoptatori care suferă de infertilitate primară;
2. adoptatori care suferă de infertilitate secundară/ boli care conduc la contraindicația de a procrea;
3. adoptatori celibatari;
4. adoptatori – părinți vitregi ai copilului adoptat;
5. adoptatori rude de până la gradul IV cu copilul adoptat;
6. adoptatori care, anterior adopției, au fost asistenți maternali ai copilului și nu se încadrează în nici una dintre categoriile anterior menționate;
7. adoptatori care nu îndeplinesc nici una dintre condițiile anterior menționate, având o motivație cu valențe sociale și umanitare.

METODOLOGIA CERCETĂRII

Obiectivul general al cercetării este descrierea profilului părinților adoptivi din România și a motivației acestora de a adopta un copil. S-a urmărit identificarea tipurilor de copii preferați spre adopție și a celor care sunt greu adoptabili, precum și a factorilor care îi motivează pe cei care adoptă copii cu handicap, de etnie romă și mai mari de 3 ani să recurgă la acest gest.

Obiective specifice

1. Descrierea caracteristicilor generale ale părinților adoptivi (ex.: educație, tip de familie, durata căsătoriei, dacă au copii biologici/proprie, durata adopției, caracteristicile copilului adoptat – sex, vârsta în momentul adopției și actual, etnie, stare de sănătate etc.).

2. Identificarea și înțelegerea factorilor motivatori pentru adopție. Avem în vedere numai adopția copiilor care nu erau ai soțului/ soției adoptatorului.

3. Cunoașterea și explicarea motivației pentru a adopta copii greu adoptabili și de a nu adopta copii greu adoptabili.

Dimensiunile de analiză a motivației de a adopta pornesc de la elementele luate în considerare de literatura de specialitate. Au fost urmărite următoarele dimensiuni:

- *Motivația principală de a adopta* (ex.: nu pot avea copil/ infertilitate, dorința de a ajuta un copil, dorința de a avea sprijin la bătrânețe, dorința de a crește numărul membrilor familiei etc.).

- *Decizia de a adopta*. Contextul în care s-a ajuns la decizia de a adopta. Care dintre parteneri a avut inițiativa (în cazul familiilor); care a fost reacția celui alt partener; care a fost reacția familiei și a prietenilor (dacă le-au spus ce au de gând) la decizie, și a copiilor biologici (dacă au); cunoșteau alte familii adoptatoare, au vorbit cu acestea sau nu; temeri legate de adopție – de proceduri, de copil (stare de sănătate, vârstă, instituționalizare anterioară), de succesul adopției, de familia de proveniență, de ceea ce vor spune ceilalți despre ei și despre copil etc. Evidențierea preferințelor familiilor.

- *Punerea în practică a deciziei*. Surse de informare despre proceduri și instituții responsabile (pliante, internet, prieteni/ cunoscuți); intervalul de timp între obținerea informațiilor și contactarea autorităților/ realizarea primelor demersuri; descrierea procesului de adopție: primul contact cu copilul adoptat – context, sentimente, diferențe între opțiunea inițială legată de copil (vârstă, sex, stare de sănătate, etnie, protecția anterioară) și situația ulterioară

- *Perspectiva asupra promovării adopției*. Cum consideră că ar trebui promovată măsura adopției. Ce i-ar face pe mai mulți oameni să aleagă să adopte – dacă au sau nu copii biologici. Ce cred că îi determină pe cei care nu doresc să adopte să nu o facă (ex.: pe cei care nu pot avea copii proprii).

Culegerea datelor

Abordarea cercetării face apel la metode mixte de culegere a datelor, calitative și cantitative.

Pentru descrierea profilului/ caracteristicilor părinților adoptivi sunt utilizate mai multe surse:

- **o primă** sursă o constituie interviurile individuale și de grup.

Pentru identificarea și înțelegerea factorilor care au motivat familiile/ persoanele să adopte am utilizat o abordare calitativă, cuprinzând:

- focus-grupuri cu: persoane singure și familii adoptatoare din fiecare dintre cele opt regiuni de dezvoltare; Nord-Vest, Nord-Est, Sud-Vest, Sud-Est, Sud, Vest, Centru, București și Ilfov – 11 focus-grupuri în total (vezi *Anexa nr. 1*).

- având în vedere numărul mare al copiilor greu adoptabili din sistemul de protecție socială (definiție: vârstă peste 3 ani, cu dizabilități sau probleme de sănătate cunoscute, cu mai mulți frați/surori) și numărul mic al adopțiilor copiilor din aceste categorii, s-au realizat câte două interviuri în profunzime în fiecare județ din cele opt regiuni de dezvoltare (în total, 22 de interviuri) cu persoane/ familii

care au adoptat sau sunt în proces de a adopta astfel de copii, pentru a înțelege mai bine motivația acestora de a adopta. De asemenea, s-a încercat includerea în grupul-țintă a persoanelor/familiilor care au avut refuzuri repetate de a adopta copii greu adoptabili. Interviuurile individuale și de grup au fost realizate în perioada octombrie–noiembrie 2010, de către specialiști din cadrul Oficiului Român pentru Adopții, iar participanții au fost invitați de personalul DGASPC din fiecare județ/sector la sediul instituției.

– **a doua sursă** majoră sunt date cu privire la adopție centralizate de Oficiul Român pentru Adopții (ORA) și care sunt păstrate în cadrul Registrului Național de Adopții. Din numărul total al cazurilor de adopție, din perioada 2007–2009, de 2 773, a fost realizat un eșantion reprezentativ, cu o marjă de eroare de $\pm 5\%$ și o probabilitate de 95%. Pentru cercetarea de față au fost luate în considerare adopțiile realizate de familii/persoane altele decât de către soț/soție a părintelui biologic.

Din lista adopțiilor realizate în anii 2007, 2008 și 2009 au fost extrase, cu pas statistic (aleator), un număr de 338 de dosare, din care s-au completat în baza de date informațiile solicitate. Numărul pe fiecare județ a fost stabilit pe baza ponderii numărului de adopții realizate în perioada de referință, în județul respectiv, în totalul adopțiilor la nivel național, așa cum reiese din *Anexa nr. 2*.

REZULTATE

Caracteristici generale ale părinților adoptivi și ale copiilor adoptați

O analiză a grupului de părinți **după numărul de copii** relevă faptul că majoritatea familiilor adoptatoare/părinți adoptivi **nu au copii biologici**. Excepția notabilă este dată de familiile de Asistenți Maternali Profesioniști (AMP) care, indiferent dacă mai au sau nu alți copii – fie biologici, fie în plasament – la momentul la care trebuie luată decizia de revocare a plasamentului copilului față de care au dezvoltat o relație de atașament aleg să-l adopte, chiar dacă este vorba despre copii cu dizabilități și indiferent dacă mai au sau nu alți copii, fie biologici, fie în plasament.

Din cercetarea calitativă reiese că majoritatea familiilor au studii medii și/sau superioare, respectiv postuniversitare și vârste peste 30 de ani și o medie de vârstă de peste 38. Vârsta persoanelor care adoptă apare ca un factor important – decizia de a adopta apare, adesea, după încercări repetate de a avea proprii copii, iar înaintarea în vârstă scade șansele de a mai procrea. O altă caracteristică a cuplurilor care adoptă este că sunt în relații stabile, de lungă durată, majoritatea familiilor fiind formate de mai mult de cinci ani, unele chiar de 20 de ani.

Persoanele care adoptă singure sunt în general femei, cu vârste peste 40 de ani, cu studii medii sau superioare.

Cercetarea a confirmat, de asemenea, caracteristicile copiilor ușor adoptabili. Vârsta copilului joacă un rol important în stabilirea gradului de adoptabilitate al

copilului. Părinții incluși în cercetare listează pe primul loc între preferințele privind copilul pe care și-ar fi dorit să-l adopte vârsta copilului și consideră că, în mod ideal, vârsta la care ar putea fi adoptat un copil este între 0 și 3 ani, dar acceptă să adopte chiar și un copil puțin mai mare.

Peste 7 ani este foarte dificil să integrezi un copil în familia proprie (focus-grup, Vaslui).

Astfel, vorbind despre caracteristicile copiilor, cele mai multe dintre familiile care au fost incluse în cercetare au menționat că, la momentul deciziei privind adopția, și-au dorit copii mici, cu vârstă sub un an, „sănătos și nu de etnie rromă” (Fam. C., Timiș). Apar adesea temeri legate de cum va fi copilul. Mulți dintre părinți s-au confruntat cu teama că un copil din sistemul de protecție are probleme de sănătate mari sau probleme emoționale, cărora nu vor reuși să le facă față.

Credeau că, în general, copiii din sistemul de protecție au nevoi speciale (mai ales cei din instituții). Li s-a confirmat percepția când li s-a prezentat primul copil. Au refuzat prima potrivire (cu băiatul), tocmai din cauza problemelor de sănătate (focus-grup, Timiș).

Copiii din sistem au probleme de sănătate și asta îi sperie pe cei ce vor să adopte. Mai ales perspectiva unui handicap grav sperie, pentru că nu poți asigura îngrijirile necesare! (Fam. G., Cluj).

Dacă prima opțiune este pentru un copil sănătos, din motivele descrise anterior de părinții din Cluj – lipsa serviciilor de suport sau de recuperare pentru categoria de copii cu probleme de sănătate – cea de-a doua, foarte puternică, este legată de etnia copilului. Opțiunile variază de la rejectarea totală a ideii de a adopta un copil de etnie romă, așa cum afirmă mai multe familii incluse în focus-grupuri, până la acceptarea etniei rome doar ca ultimă alternativă:

Ar fi acceptat chiar copil rom sau copil cu dizabilitate, dar ușoară (ca să fie siguri că pot îngriji copilul – la handicap grav, nu ar fi făcut față!) (Fam. G., Cluj).

Consideră că în sistem sunt 90% copii romi, mulți copii cu dizabilități și cu probleme grave de sănătate – asta i-ar face pe mulți să ezite în a adopta (Fam. M., Cluj).

Suspiciunile legate de eventuale afecțiuni genetice sau congenitale de care ar putea suferi copilul, de probleme de sănătate puțin vizibile în general, ghidează comportamentul părinților încă de la primele contacte cu profesioniștii din sistemul de protecție a copilului. Mânați de neîncrederea în înscrisurile oficiale, apelează la personalul din sistem pentru a afla cât mai multe informațiile despre copil, mai ales pe cele care nu au fost trecute în fișă:

Băiatul avea o problemă congenitală la inimă. În plus, li s-a spus, neoficial, de către personalul din instituția sanitară în care era internat copilul, că mama biologică ar fi fost oligofrenă, deși copilul avea trecut „părinți necunoscuți” în certificatul de naștere (Fam. C., Timiș). Inițial, își doreau un copil mic, dar au văzut că un copil mai mare are avantajul că i se poate evalua mai bine starea de sănătate (se văd probleme care, la vârste mai mici, nu se pot observa) (Fam. C., Timiș).

Datele obținute din cercetarea cantitativă privind caracteristicile copiilor adoptați (vezi *Tabelul nr. 1*) arată că distribuția pe sexe este aproximativ egală, cu o vârstă medie situată în jurul vârstei de 3 ani (cu maxime de 16–17 ani), cei mai mulți copii adoptați fiind de etnie română și puțin peste cinci procente fiind de etnie romă. Aproximativ un copil din patru, nu se știa de ce etnie aparține.

Copiii adoptați au avut, în marea lor majoritate, maternitatea recunoscută și în mult mai mică măsură și paternitatea, iar un sfert au intrat în contact cu mediul familial/ biologic.

Tabelul nr. 1

Caracteristici ale copiilor adoptați (N = 338)

Gen	% (N)
Masculin	51,5 (174)
Feminin	48,5 (164)
Vârsta medie a copiilor adoptați (în luni)	37 luni (min. 6 luni – max. 207 luni)
Etnie	
Română	67,8 (229)
Roma	5,3 (18)
Maghiară	3,8 (13)
Alta	0,6 (2)
Neprecizată	22,5 (76)
A intrat în contact cu mediul familial/biologic	25,4 (86)
Maternitate recunoscută	90,5 (306)
Paternitate recunoscută	19,5 (66)
Frați/surori după ambii părinți	10,1 (34)
Frați/surori după unul dintre părinți	18,1 (61)
A beneficiat de măsură de protecție specială	98,8 (334)
Plasament în regim de urgență	36,1 (122)
Plasament la o familie/persoană	33,1 (112)
Plasament la asistent maternal profesionist	64,2 (217)
Plasament în centru de plasament/centre de tip familial	12,4 (42)
Neprecizat	0,6 (2)
Existau relații de rudenie între copil și adoptatori	5,6 (19)
Copilul a beneficiat de măsura de protecție în familia adoptatoare	45,0 (152)

În privința caracteristicilor adoptatorilor, rezultatele cercetării cantitative confirmă, în mare măsură, informațiile culese prin componenta calitativă (vezi *Tabelul nr. 2*). Astfel, cei mai mulți adoptatori sunt familii (87,9%), vârsta medie a soților fiind de 40 de ani, iar a soțiilor de 38, în timp ce persoanele singure care au adoptat sunt femei (un singur bărbat) cu vârsta medie de 40 de ani. Adoptatorii provin, în cea mai mare parte, din mediul urban (73,4%), sunt de etnie română (91,7%), de religie ortodoxă (73,4%), locuiesc la bloc (54,4%), cu mai mult de trei camere locuibile (64,8%) și nu au copii biologici (86,4%).

Tabelul nr. 2

Caracteristici ale adoptatorilor

Tip adoptator	Total eșantion % (N)
• Familie	87,9% (297)
• Persoană singură	12,1% (41)
Vârsta medie – soț	40 ani
Vârsta medie – soție	38 ani
Vârsta medie persoană singură	40 ani
Sexul persoanei singure adoptatoare	
• Masculin	0,3% (1)
• Feminin	11,8% (40)
Mediul de rezidență	
Urban	73,4% (248)
Rural	26,6% (90)
Etnia	
Română	91,7% (310)
Roma	1,5% (5)
Maghiară	1,8% (6)
Alta	1,5% (5)
Neprecizată	2,1% (7)
Mixtă	1,5% (5)
Religia	
Ortodoxă	73,4% (248)
Catolică	3,6% (12)
Penticostală	1,8% (6)
Alta	3,0% (10)
Neprecizată	15,1% (51)
Mixtă/ combinată	6,1% (11)
Condiții de locuire ale familiei adoptatoare	
Casă la curte	45,6% (154)
La bloc	54,4% (184)
Numărul de camere locuibile	
1-2	34,9% (118)
3	39,6% (134)
4 și peste	25,2% (85)
Au copii biologici	
Nu	86,4% (292)
Da – 1	6,5% (22)
Da – 2 sau mai mulți	7,1% (24)

Nivelul de educație al adoptatorilor este unul ridicat, mai mult de două treimi având cel puțin liceu, iar în cazul familiilor singure, aproape jumătate (48,7%) având studii superioare sau doctorat.

Tabelul nr. 3

Nivelul de educație al părinților adoptatori

	Nivelul de educație al soțului adoptator	Nivelul de educație al soției adoptatoare	Nivelul de educație al persoanei singure adoptatoare
Fără educație		0,7 (2)	2,4 (1)
Școala primară	1,0 (3)	1,0 (3)	2,4 (1)
Gimnaziu	7,1 (21)	10,8 (32)	2,4 (1)
Liceu	35,8 (106)	40,2 (119)	31,7 (13)
Școala profesională	20,6 (61)	9,1 (27)	4,9 (2)
Post-liceală	2,0 (6)	5,1 (15)	7,3 (3)
Studii superioare	33,1 (98)	32,4 (96)	46,3 (19)
Doctorat	0,3 (1)	0,7 (2)	2,4 (1)
Total	100,0 (296)	100,0	100,0 (41)

În privința tipului de copil pe care își doreau să îl adopte, datele culese arată că cei mai mulți au preferat copiii mai mici de 3 ani (72,4%), de sex feminin (41,7%), fără probleme medicale (80,8%), neprecizând neapărat să fie sau să nu fie de o anumită etnie (21,1%). Se remarcă faptul că numai 1,2% sunt dispuși să adopte copii cu probleme medicale, și 39,9% preferau un anumit copil, cel mai probabil cel cu care au avut un contact anterior, aceștia beneficiind de o măsură de protecție în familia adoptatoare (vezi *Tabelul nr. 4*).

Tabelul nr. 4

Preferințele părinților adoptatori, în privința copiilor pe care doresc să îi adopte

Preferințe privind categoria de vârstă a copilului pe care doresc să îl adopte	%	N
0-3 ani	72,4	241
3-5 ani	14,7	49
5-10 ani	10,5	35
peste 10 ani	2,4	8
Total	100,0	333
Preferințe privind sexul copilului pe care doresc să îl adopte		
Masculin	32,5	110
Feminin	41,7	141
Indiferent	24,9	84
Neprecizat	0,9	3
Preferințe privind starea de sănătate a copilului adoptat		
Fără probleme medicale	80,8	273
Acceptă și cu probleme medicale	1,2	4
Neprecizat	17,8	60
Preferințe privind etnia copilului adoptat		
Nu au precizat	79,9	270
Au precizat să fie/sau să nu fie de o anumită etnie	21,1	68
Preferințe pentru un anumit copil	39,9	135

Motivația principală de a adopta

Infertilitatea, fie ea primară sau rezultată în urma unor complicații medicale, sau decesul unui copil biologic, urmat de incapacitatea cuplului de a mai avea copii, au fost **motivațiile principale** cel mai des citate, atât în cadrul focus-grupului cât și în timpul interviurilor. De asemenea, am întâlnit situații în care persoanele care au moștenit o boală genetică decid să nu aibă un copil natural pentru a nu transmite gena respectivă (focus-grup, sect. 2, București).

În plus, apar ca motivații nevoia afectivă de împlinire personală prin creșterea unui copil, dar și consolidarea relațiilor de familie. Cei mai mulți dintre părinții adoptivi susțin că prin adopție au vrut ca viața lor să capete un nou sens și echilibru și că se simt mai motivați pentru viitor, pentru a munci și a reveni în familie.

Numai noi doi? – parcă este prea seacă viața... (Fam. A., Alba).

De ce trăiești? Pentru cine tragi (muncești)? Vii cu altă stare sufletească, atunci când ai un copil acasă! (Fam. A., Alba).

Mai mult „suflet” prin copilul venit în familie (Fam. M., Alba).

Soțului i se părea deprimant să vină acasă și să fie prea liniște. Acum este fericit când se întoarce acasă și este întâmpinat de copil (Fam. M., Alba).

Dă un sens vieții, echilibru, este împlinirea supremă, este prezentul și viitorul (focus-grup, sect. 2, București).

O motivație puternică în cazul părinților care au pierdut un copil biologic anterior adopției este nevoia de atenuare a suferinței. O situație particulară este a persoanelor care adoptă singure, care, dezamăgite de eșecuri sentimentale, decid să „dăruiască iubire unui copil” (focus-grup, Vaslui).

Trebuie tratată ca situație aparte motivația familiei asistenților maternali profesioniști care adoptă copilul pe care l-au avut în plasament, adesea de la vârste mici, și față de care s-a format atașament. Chiar în cazul acestora, infertilitatea sau lipsa copiilor biologici poate fi un factor de influență în decizia de a adopta copilul care este în plasament.

Copilul se afla în plasament la noi din anul 1996. Ne-am gândit să adoptăm fetița, în contextul în care nu puteam avea copii biologici și eram puternic atașați de copil.

Anterior plasamentului, copilul fusese îngrijit în centrul de recuperare și reabilitare a persoanelor cu handicap de la Țuicani. În anul 2004, în urma reevaluării situației copilului, s-a pus problema revenirii minorei într-unul din centrele de plasament. Din acel moment, ne-am gândit să adoptăm fetița (Fam. C., Dâmbovița).

Presiunea socială a grupului de prieteni sau familia extinsă, în care cuplurile de aceeași vârstă din jur au deja copii este, de asemenea, un factor motivant important.

Avem ca model în familiile de origine multe rude care au copii și vroiam și noi să avem, să „intrăm în rândul” celorlalți (focus-grup, Fam. J., Timiș).

Foarte rar menționată apare ideea de a oferi unui copil șansa de a avea o familie. Cel mai adesea, adopția este privită atât de familiile adoptive cât și de

societate, grup de prieteni sau familia extinsă ca o acțiune „reparatorie” față de infertilitate sau de incapacitatea unui cuplu (din varii motive, cel mai adesea medicale) de a avea un copil biologic. Apariția unui copil biologic după momentul adopției nu pare a fi de natură să afecteze relația cu copilul adoptat.

Din cercetarea cantitativă reiese că motivul cel mai des invocat este infertilitatea (41,4%), o mare parte (35,2%) menționând motive mixte – atât infertilitate, cât și motive medicale sau de natură umanitară. Aproape un copil din zece este adoptat de asistentul maternal care l-a avut în îngrijire, iar dacă îi adăugăm și pe cei care au avut copilul în plasament ca familie sau persoană, se constată că existența unei relații anterioare cu copilul este un factor motivator pentru adopția acestuia.

Tabelul nr. 5

Motivul declarat pentru adopție

Motivul declarat pentru adopție	%	N
Infertilitate	41,4	140
Dorește să ajute un copil	4,1	14
Asistent maternal profesionist	10,9	37
Rude până la gradul IV	4,1	14
Nu precizează	1,5	5
Celibatar	2,7	9
Alt motiv	35,2	119
Total	100,0	338

Decizia de a adopta

În majoritatea cazurilor, inițiativa aparține soțiilor, dar de cele mai multe ori soții îmbrățișează foarte curând ideea de a deveni părinți adoptivi. În cazurile de infertilitate soțul care are probleme sugerează adopția ca modalitate de reducere a sentimentului de vinovăție asociat cu incapacitatea de a procrea. Decizia este discutată și cu familia extinsă sau prietenii, uneori cu duhovnicul, iar sprijinul moral al acestora este important în punerea în practică a deciziei de a adopta, mai ales în cazul cuplurilor care nu pot avea copii.

Prima opțiune este de a adopta copii din familia extinsă. Atunci când acest lucru nu este posibil, cuplurile se orientează către adopția unui copil din sistemul de protecție specială.

Uneori familiile care nu sunt sigure că vor să adopte un copil aleg să devină AMP. După ce se acomodează cu copiii și înțeleg bine implicațiile creșterii unui copil, chiar dacă acesta are probleme de sănătate, decid în cunoștință de cauză dacă își doresc să continue sau nu.

Deși ne gândeam la adopție, am hotărât să devin asistent maternal profesionist, pentru a vedea dacă ne putem descurca cu un copil adoptat. Consideram că „fără copii suntem egali cu zero”, astfel că ne-am hotărât să-l

adoptăm pe băiețel, chiar dacă acesta suferea de autism; acum dorim să adoptăm și fetița aflată în plasament de la vârsta de 3 luni (Fam. C., Neamț).

Chiar dacă, în primă instanță, și-au dorit să adopte un copil de vârstă mică (în majoritatea cazurilor, copii între 0 și 2 ani), multe dintre persoanele intervievate au acceptat un copil puțin mai mare (peste 3 ani, chiar până la 5 ani), mai ales dacă s-au simțit atrași de copil în perioada de potrivire. Între imaginea „copilului ideal” și cel pe care îl adoptă în cele din urmă pot exista diferențe mari. Acest fapt nu e de natură să afecteze relația pe termen lung între copil și părinții adoptivi.

[Familia și-ar fi dorit] *„fetiță, blondă și cu ochii albaștri, dar în fapt au adoptat băiat”; sau „să fie un copil sănătos, să nu fie mofturos la mâncare, dar copilul adoptat are un apetit fluctuant și are imunitatea scăzută”* (focus-grup, Vaslui).

Totuși, au vrut o fată, inițial. Acum obișnuiesc să-i spună băiețelului: „Mami, tu ești mai reușit decât originalul!” pentru că el deja seamănă cu ei atât fizic, cât și comportamental (focus-grup, Cluj, Fam. P.).

Schimbarea de atitudine apare și pe fondul perioadelor lungi de așteptare până la momentul la care este identificat un copil cu care se face *matching* teoretic. Cu cât li se prezintă un copil mai aproape de momentul la care expiră atestatul de familie adoptivă, cu atât părinții sunt mult mai dispuși să facă concesii.

Unul dintre motivele pentru care și-au schimbat preferințele referitoare la copil a fost faptul că li s-a prezentat primul copil abia după un an, perioadă pe care au apreciat-o ca fiind lungă. Alt motiv determinant a fost întâlnirea cu fetița, pe care au îndrăgit-o foarte mult (Fam. I., Gorj).

Părinții care au avut în plasament copilul, în calitate de AMP, adoptă atât copii mai mari cât și copii cu dizabilități. Trebuie menționat, totuși, că la momentul plasamentului mulți dintre copiii care au fost adoptați erau de vârstă mică, ceea ce confirmă ideea că familiile dezvoltă mai ușor relații de atașament mai puternice cu copiii de vârstă mică.

Pentru a ilustra adopția copiilor considerați greu adoptabili vom folosi exemplul doamnei S. A. din București. Aceasta a adoptat un copil de 12 ani, de etnie romă și cu dizabilități. Potrivit informațiilor obținute în cadrul interviului în profunzime, doamna S. A. îngrijește copilul de când acesta nu avea încă un an.

Copilul adoptat a fost părăsit în spital de mama biologică la vârsta de două luni, când a fost internat cu plagă cauzată de mușcături de șobolani, având piramida nazală distrusă. Îngrijirea plăgii a necesitat trei ani de tratament însoțit de regim alimentar (D-na S. A., București).

Decizia de a-l adopta a venit când a fost anunțată de decesul mamei biologice, în 2006. Nimeni dintre cunoscuți sau apropiați nu a aprobat decizia doamnei S. A., cu atât mai mult cu cât dumneaei avea deja un copil biologic. Singurul care a susținut-o în decizia cu privire la adopție a fost tocmai fiul biologic, care la rândul său se atașase de copilul plasat în familia AMP.

Persoanele care adoptă copii, deși au deja proprii copii biologici, se bucură în foarte puține cazuri de sprijinul familiei extinse. Mai mult, atunci când se cunoaște

statutul, ceilalți membri ai societății (colegii de la școală, profesorii, vecinii) tind să-l privească diferit pe copilul adoptat.

Deși și-a făcut prieteni și are relații bune cu copiii vecinilor și ai rudelor, au existat momente la școală „când se făceau anumite remarci răutăcioase” referitor la faptul că fetița e adoptată. A fost necesară intervenția mamei adoptive care a discutat acest aspect atât cu reprezentanții școlii, cât și cu ceilalți părinți (Fam. I., Gorj).

Aceste reacții trezesc teama părinților de a vorbi deschis despre adopție și îi determină pe cei mai mulți să nu discute cu copilul despre faptul că este adoptat, nici măcar în cazul în care copilul a fost adoptat la o vârstă la care conștientizează faptul că nu este copilul biologic al familiei.

Mama adoptivă a precizat că nu discută cu fetița despre faptul că a fost adoptată [...] deși copilul a fost adoptat la 6 ani (Fam. O., Teleorman).

Percepția cu privire la copiii din sistemul de protecție este un alt element care influențează modul în care familiile potențial adoptive se raportează la decizia de a adopta. Există diferențe importante de percepție între județe și între familii. Acestea depind, în mare parte, de experiențele pe care familiile le-au avut cu copii din sistemul de protecție specială. În Cluj, părinții participanți la focus-grup consideră că majoritatea copiilor din sistem sunt de etnie romă (90%, potrivit unui părinte), cu dizabilități congenitale sau dobândite în urma unei îngrijiri precare și a lipsei de stimulare afectivă din centrele de plasament. În antiteză, la Vaslui, părinții participanți la focus-grup consideră că majoritatea acestor copii nu sunt de origine romă, „pentru că nu este în cultura roma să-și abandoneze copiii”.

De asemenea, sunt percepuți diferit copiii îngrijiți în centre de plasament și cei care se află în plasament la AMP. Față de copiii care sunt îngrijiți în centrele de plasament există mai multe rezerve. Familiile consideră că aceștia au probleme de sănătate, fie fizice, fie emoționale, care ar face adopția mult mai dificilă.

Acești copii nu sunt dezvoltați emoțional, fiind lipsiți de afectivitate, iar unii dintre ei au probleme de sănătate. Sunt anxioși, au teama de abandon, au nevoie de o familie și, când găsesc dragostea de părinte, se dovedesc foarte afectuoși (chiar mai afectuoși decât copiii biologici – mențiunea persoanei al cărei copil biologic a decedat) (focus-grup, Dâmbovița).

Acei copii crescuți în instituții au probleme datorate în special lipsei de stimulare și faptului că se apreciază că aici le sunt satisfăcute doar nevoile de bază, iar personalul care deservește centrele este insuficient. Se consideră că în cadrul instituțiilor „copiii se strică unul pe altul”, sunt limitați, își copiază comportamentul și deprinderile (focus-grup, Buzău).

Cei mai mulți dintre respondenți au apreciat că, prin plasamentul la AMP și îngrijirea în familie, marea majoritate a copiilor din sistemul de protecție sunt sănătoși și nu au probleme emoționale.

Dar atașamentul puternic față de AMP și familia acestuia poate fi perceput ca o barieră în calea integrării copilului în noua familie.

O altă problemă amintită de familii face referire la faptul că minorii din sistemul de protecție îi percep pe asistenții maternali ca fiindu-le părinți, situație în care adaptarea copiilor cu adoptatorii are de suferit (focus-grup, Buzău).

Și în București, imaginea copiilor din centrele de plasament este mai degrabă pozitivă.

Sunt copii normali, care nu au avut o șansă (focus-grup, București).

Părinții traversează perioade cu sentimente complexe și puternice legate de adopție, între momentul deciziei de a adopta și momentul încredințării în vederea adopției:

[...] pentru că îi apăsa perspectiva asumării răspunderii – nu e o decizie pentru o zi, ci pentru o viață. [...] Te afli în situații foarte încărcate emoțional și nu știi cum vei proceda, ce vei simți și cum vei face față. De exemplu, când se dă sentința de IVA (încredințare în vederea adopției) după-amiază, iar seara te duci să iei copilul acasă. CUM va fi? (Fam. M., Alba).

Un moment pe care mulți îl percep ca fiind deosebit de dificil este acela al prezentării în instanță pentru deschiderea procedurii de adopție, în cazul copiilor care nu au fost declarați adoptabili anterior plasamentului la familia care i-a adoptat în cele din urmă.

Îi cunoaște părinții biologici – au apărut în instanță la deschiderea procedurii de adopție (DPA) și au refuzat să consimtă la adopție. Tatăl este pușcăriaș, mama susținea la momentul DPA că ar vrea copilul acasă, dar nu a putut aduce dovezi concrete (adeverințe de venit, dovezi că are condiții de locuit) și judecătorul a trecut peste refuzul lor. Ulterior, au mai intervenit pe parcursul procedurii de adopție și ea (adoptatoarea) a trăit cu un mare stres până la finalizarea adopției (D-na T., Cluj).

Adoptatoarea a cunoscut-o pe mama biologică, la momentul în care aceasta s-a prezentat la tribunal pentru a consimți la deschiderea procedurii adopției. (Când adoptatorii au cunoscut copilul, acesta nu era declarat adoptabil) (Fam. F., Buzău).

Întâlnirea cu alte familii adoptive, dintre care unele aflate în proces de re-atestare după ce au mai trecut printr-un *matching*, și împărtășirea din experiența acestora este de un real folos. Anxietatea familiilor care își doresc să adopte este adesea întreținută de lipsa de informații detaliate și concrete cu privire la proces.

Persoanele incluse în cercetare au afirmat că ar dispune să fie implicate în informarea altor familii care doresc să adopte, pentru că la rândul lor s-au simțit încurajați de discuțiile cu alți părinți care au adoptat sau care erau, ca și ei, în proces de atestare sau adopție, dar „*consideră că familiile care au adoptat deja, în general NU vor să mai vorbească (vor să uite prin ce au trecut)*” (Fam. J., Timiș).

Punerea în practică a deciziei

În cercetarea de față au fost intervievate cupluri sau persoane singure care au avut „modelul” altor familii care au adoptat și care sunt fericite, dar susțin că aceste

modele nu au fost determinante în luarea deciziei de a adopta. Faptul că în familiile adoptive cunoscute au remarcat că există relații foarte bune cu copiii adoptați și că aceste familii „*par normale – nu ies în evidență prin nimic rău*” ajută la punerea în practică a deciziei. Modelul altor familii adoptive încurajează continuarea procesului de adopție, în ciuda dificultăților pe care familia sau persoana este posibil să le întâmpine pe parcurs.

Odată luată decizia de a adopta, cei mai mulți dintre părinți apelează la serviciile de specialitate pentru a demara procedurile. Primele informații cu privire la adopție – legislație, proceduri, perioade – au fost obținute de pe internet. (Este menționat în mod specific ca sursă de informare site-ul www.desprecopii.ro). Apoi familiile au apelat la DGASPC. În situația în care au cunoscut familii care adoptaseră, acestea au devenit primul reper în relația cu autoritățile și primii care au informat familiile despre adopție. În cazul familiilor de AMP, principala sursă de informații este chiar asistentul social care se ocupă de copilul aflat în plasament, care i-a referit către serviciul Adopții.

Există însă și situații în care, prin intermediul relațiilor informale sau profesionale, persoanele află despre existența unor copii pe care familiile biologice nu-i mai pot îngriji și apelează la sistemul de protecție pentru a obține plasamentul unui anumit copil în vederea adopției.

Doamnei M., duhovnicul său i-a precizat că există o mamă care nu își poate crește copilul și, prin urmare, doamna M. a contactat mama biologică și ulterior i-a fost dispus plasamentul copilului (focus-grup, Vaslui).

Mama adoptivă a avut inițial fetița în îngrijire ca medic oftalmolog. I-a devenit, mai întâi, tutore. Ulterior adopția a venit „ca ceva firesc”, pe măsură ce relația dintre ele s-a „strâns” și a evoluat în această direcție. S-a simțit implicată emoțional foarte puternic. S-a atestat pentru adopție special pentru acest copil (D-na T., Cluj).

Experiențele părinților în procesul de adopție sunt variate și depind de foarte mulți factori, între care rolul specialiștilor cu care lucrează apare ca fiind unul foarte important:

A fost dificil la început, pentru că copilul s-a desprins greu din relația cu AMP, iar acesta nu a pregătit deloc plecarea copilului către adoptatori. Mai ales primele trei nopți petrecute împreună au fost cu probleme (Fam. A., Alba).

Mulți dintre copiii adoptați au fost în plasament la AMP anterior demarării procedurii de adopție. De calitatea relației cu AMP, dar și de modul în care acesta știe să pregătească copilul în vederea integrării sale în familia adoptivă depinde calitatea procesului de acomodare a copilului.

A crescut la AMP, împreună cu încă o fetiță cu măsură de protecție și cu doi copii biologici ai AMP-ului, de aceea a avut dificultăți în a se desprinde din mediul acela – ceilalți copii au făcut „zid” în jurul lui, la plecare. AMP nu a ajutat copilul să se pregătească de desprindere și de mutare la noua familie. Între timp, cel mic s-a adaptat (Fam. T., Timiș). Când l-am luat definitiv nu știu ce i-au spus sau ce

i-au dat (AMP), că era alt copil; se tăvălea pe jos și nu-l mai puteam opri din plâns (D-na A. J., sect. 2, București).

Relația cu specialiștii din cadrul serviciului Adopție pare a fi una suportivă și pozitivă pentru părinți, precizându-se în mod special relația bună cu specialiștii din Direcția pe care au contactat-o în vederea demarării procedurilor de adopție. Uneori, această relație pare să se extindă și dincolo de aspectele legate în mod direct de adopție.

Familia adoptivă a precizat că a avut o relație mai bună cu personalul DGASPC din județul unde locuiesc, aceștia fiind foarte cooperanți și oferindu-le sprijin și informații. De altfel, deși perioada post-adopție s-a încheiat în urmă cu doi ani, familia a solicitat sprijinul psihologului de la Direcție în acest an, imediat după decesul mamei adoptatoarei (un moment dificil în familie și care afectează relația adoptatoarei cu copilul) (Fam. I., Gorj).

Un alt factor care influențează calitatea experienței este legat de eventuale eșecuri în realizarea *matching*-ului. Părinții care nu reușesc să se acomodeze cu primul copil care le-a fost prezentat resimt acest lucru ca pe un eșec. Majoritatea continuă procesul, dar gradul de anxietate este sensibil mai mare pe durata procedurii de adopție.

Cel mai dificil este să te acomodezi cu copilul, să știi că acela este copilul potrivit cu tine și că veți fi bine pe termen lung. Primul matching (nereușit) le scăzuse puțin din încrederea în reușita adopției (Fam. M., Alba). Doamnei P. E. A. (București, sect. 2) i-a fost prezentată o fetiță blondă și cu ochii albaștri la primul atestat. Aceasta avea 4 ani și două luni. Ceva nu a fost să fie! A fost procedura deschisă, în luna în care s-a dus să o vadă a expirat DPA. Mama (nu voia să consimtă la adopție) și bunica fetei erau oligofrene, iar procedura nu a mai fost deschisă.

Momentul întâlnirii cu copilul este, de multe ori, perceput în mod dramatic de către părinți. Rolul profesioniștilor, al familiei extinse, dar și relațiile informale care se formează cu alte familii adoptive pe parcursul procesului sunt percepute ca foarte importante în această fază a adopției.

L-am vizitat la AMP. Ne-am simțit ca în fața unui examen foarte greu. Aveam „inima în gât” de emoție și l-am îndrăgit la prima vedere. Ni s-a părut că el e cam «rece» la început... Ne-am temut că nu vom face față unor reacții imprevizibile ale copilului, ne-am temut să nu fim rejectați. Nu ne-am gândit realmente să renunțăm. Am ținut legătura cu personalul de la Direcție și am vorbit cu alți adoptatori (pe care i-am cunoscut la Direcție, cu ocazia cursurilor de pregătire pentru atestare și care se aflau în paralel cu noi, în diverse etape ale procedurii de adopție) (Fam. S., Alba).

Aproape fără excepție, adoptatorii consideră că atașamentul față de copilul pe care l-au adoptat s-a format foarte repede („prima secundă”/ „după trei zile”/ „la primul zâmbet al copilului”/ „după o săptămână”), chiar și în cazurile în care copilului i-a fost greu să se desprindă de familia AMP.

Privind retrospectiv la experiența adopției, familiile acuză procedurile laborioase, birocratice, care iau foarte mult din timpul copilului. Există confuzii cu privire la etapele firești ale adopției. Pentru cei mai mulți părinți nu e clară distincția între termenele care curg până la declararea adoptabilității copilului și cele care sunt dispuse în vederea încuviințării de către Tribunal a încredințării în vederea adopției. Aceste termene sunt resimțite ca fiind cu mult mai lungi de către părinții care au în plasament copii pentru care nu a fost încă declarată adopția ca finalizată.

Procedura este greoaie în privința declarării copilului ca adoptabil, chiar dacă nu are tată și mama nu dorește să îl păstreze (Fam. C., Timiș). Până la declararea adoptabilității și finalizarea adopției a trecut o perioadă lungă de timp (focus-grup, Vaslui).

Părinții pentru care încă nu a fost identificat un copil cu care să se realizeze *matching*-ul s-au simțit descurajați de faptul că, în ciuda numărului mare de copii care reveneau de la AMP în centre de plasament, continuau să primească răspunsuri negative de la managerul de caz cu privire la identificarea unui copil adoptabil.

Perioada care se scurge de la atestarea ca familie adoptatoare și până la momentul prezentării unui copil cu care s-a realizat *matching*-ul teoretic este percepută de majoritatea ca fiind foarte lungă. Considerăm importantă nuanțarea acestui aspect: există situații în care familiilor le este prezentat primul copil după aproape un an de la atestării (chiar înainte ca atestatul să expire) și în cazul acestora aprecierea este pe deplin justificată, iar anxietatea legată de reluarea procedurilor de atestare este un factor de stres semnificativ. Dar trebuie cântărită și încărcătura emoțională puternică implicată în decizia de a adopta (temerile legate de situația copilului, starea de sănătate a acestuia, schimbările pe care familiile anticipează că vor trebui să le facă după momentul plasamentului etc.) care face chiar și familiile cărora li s-a prezentat un copil într-un interval de două luni să considere că perioada este prea mare. Cei mai mulți părinți susțin că le-a fost prezentat un copil abia după 6–9 luni de la momentul atestării.

CONCLUZII

Din datele calitative și cantitative culese reies câteva *caracteristici generale* ale persoanelor și familiilor care adoptă și ale copiilor adoptați:

Majoritatea celor care adoptă sunt familii (șapte din opt adoptatori) și mai puțin persoane singure (unul din opt), nu au copii biologici, au încercat fără succes să aibă proprii copii, au o vârstă medie de 38–40 ani, cu un nivel de educație ridicat.

Întrebați asupra caracteristicilor copiilor preferați, părinții adoptatori s-au exprimat pentru copii de 0–3 ani, fără probleme de sănătate, eventual de aceeași

etnie (nu romă), care să nu fi fost instituționalizați. Numai 1,2% dintre părinții care au adoptat erau dispuși să adopte copii cu probleme medicale, iar patru din zece preferau un anumit copil, cel mai probabil cel pe care l-au cunoscut anterior.

Un aspect semnificativ este acela că unele familii de asistenți maternali profesioniști care au avut de multă vreme copilul în plasament s-au hotărât să îl adopte, indiferent dacă aceștia avea dizabilități, era mai mare de 3 ani, de altă etnie sau familia avea alți copii biologici. Această situație constituie însă o excepție!

În fapt, datele cantitative arată că vârsta medie a copiilor adoptați în perioada 2007–2009 a fost puțin peste 3 ani (37 luni) cu minim de 6 luni și maxim de 17 ani (adopte realizată de bunici), majoritar au fost adoptați băieți, două treimi fiind de etnie română și numai 5,3% romă, beneficiind de măsură de protecție specială (aproape jumătate la familia adoptatoare și două treimi (și) la asistent maternal).

Motivația de a adopta

Infertilitatea, fie ea primară sau rezultată în urma unor complicații medicale, sau decesul unui copil biologic, urmat de incapacitatea cuplului de a mai avea copii, au fost motivațiile principale cel mai des citate, atât în cadrul focus-gupului cât și în timpul interviurilor. Nevoia afectivă de împlinire personală și familială prin creșterea unui copil reprezintă un alt factor motivator important.

Foarte rar menționată apare ideea de a oferi unui copil șansa de a avea o familie. Cel mai adesea, adopția este privită atât de către familiile adoptive cât și de către societate, grup de prieteni sau familia extinsă ca o acțiune „reparatorie” față de infertilitate sau de incapacitatea unui cuplu (din varii motive, cel mai adesea medicale) de a avea un copil biologic.

Decizia de a adopta

În majoritatea cazurilor, inițiativa aparține soțiilor, dar de cele mai multe ori soții îmbrățișează foarte curând ideea de a deveni părinți adoptivi. Decizia este discutată și cu familia extinsă sau prietenii, uneori cu duhovnicul, și sprijinul moral al acestora este important în punerea în practică a deciziei de a adopta, mai ales în cazul cuplurilor care nu pot avea copii.

Uneori familiile care nu sunt sigure că vor să adopte sau nu sunt sigure că vor putea face față îngrijirii unui copil aleg să devină AMP sau familii de plasament. Faptul că îngrijesc și interacționează în mod constant cu copiii și se atașează de aceștia, poate conduce, în unele cazuri, la acceptarea necondiționată a acestora și la adopția copiilor greu adoptabili.

Între imaginea „copilului ideal” și cel pe care îl adoptă în cele din urmă pot exista diferențe mari (de exemplu, în privința vârstei), dar acest fapt nu pare a fi de natură să afecteze relația pe termen lung între copil și părinții adoptivi.

Persoanele care adoptă copiii deși au deja proprii copii biologici se bucură, în foarte puține cazuri, de sprijinul familiei extinse. Mai mult, atunci când se cunoaște

statutul, ceilalți membri ai societății (colegii de la școală, profesorii, vecinii) tind să-l privească diferit pe copilul adoptat, ceea ce le face pe familii să nu fie deschise în a vorbi despre adopție.

Întâlnirea cu alte familii adoptive, dintre care unele aflate în proces de re-atestare după ce au mai trecut printr-un *matching*, și împărtășirea din experiența acestora este de un real folos, contribuind la reducerea anxietății referitoare la adopție.

La *punerea în practică a deciziei*, un rol important îl joacă existența/cunoașterea unor exemple de persoane care au adoptat fără a întâmpina probleme deosebite. Sursele de informații despre procesul de adopție sunt variate – de la internet, până la accesarea serviciilor specializate din DGASPC-uri. Cei mai mulți părinți adoptivi găsesc birocratice, greoaie și lungi procedurile existente în cazul adopțiilor.

Implicații pentru politici și practica în domeniul adopțiilor

Datele de cercetare pot constitui baza pentru adaptarea actualei legislații din România pentru a răspunde unora dintre aspectele critice menționate. Astfel, pe de o parte, sunt necesare măsuri pentru mediatizarea adopției copiilor aflați în instituții rezidențiale (de vârste mai mari, cu dizabilități/ probleme de sănătate), iar pe de altă parte, este nevoie de flexibilizarea legislației pentru a acorda mai multor copii șansa de a trăi într-o familie. De asemenea, este necesară luarea unor măsuri care să permită declararea unui număr mai mare de copii ca fiind adoptabili, în condițiile în care, în ultimii ani, în mod constant, numărul de persoane/ familii apte să adopte a fost mai mare decât al copiilor adoptabili. Prin mediatizarea adopției se poate contribui și la reducerea percepției negative a opiniei publice asupra familiilor care vor să adopte. Utilizarea exemplelor pozitive poate fi o strategie de succes în promovarea adopției, nu numai în acțiunile de mediatizare, dar și prin participarea acestora la grupuri de suport pentru viitori părinți adoptivi, în cadrul DGASPC-urilor. Implicarea bisericii în promovarea adopției este puțin prezentă, iar datele de cercetare au arătat că, pentru unele familii, duhovnicul a avut un rol important în luarea deciziei de a adopta.

Implicații pentru cercetare

Viitoare cercetări pot urmări detalierea motivației de a adopta copii din categoria celor greu adoptabili, prin înțelegerea factorilor individuali, familiali, psihoemoționali și culturali specifici familiilor/ persoanelor din România. De asemenea, poate fi de interes explorarea acestor aspecte nu doar pentru familiile dornice să adopte, ci și pentru cele care nu și-au manifestat un astfel de interes, astfel putându-se evidenția și strategiile adecvate de promovare a adopției.

Anexa nr. 1**Distribuția pe regiuni de dezvoltare și județe a focus grupurilor și interviurilor realizate**

Regiune de dezvoltare	Număr focus-grupuri realizate	Număr interviuri în profunzime realizate
Nord-Vest	Cluj – 1	Cluj – 2,
Nord-Est	Vaslui – 1; Neamț – 1	Vaslui – 2; Neamț – 2
Sud-Vest	Gorj – 1	Gorj – 2
Sud-Est	Buzău – 1	Buzău – 2
Sud	Dâmbovița – 1; Teleorman – 1	Dâmbovița – 2; Teleorman – 2
Vest	Timiș – 1	Timiș – 2
Centru	Alba – 1	Alba – 2,
București-Ilfov	Sector 1 – 1; Sector 2 – 1	București , sector 2 – 2 ; sector 1 – 2
Total	11	22

Anexa nr. 2**Distribuția adopțiilor interne definitive și irevocabile, în perioada 2007–2009 și a celor selectate în eșantion**

Județ/ Sector	Adopția copilului cu măsura de protecție						Total	Eșantion calculat	Total cazuri incluse în eșantionul final
	2007	Eșantion calculat	2008	Eșantion calculat	2009	Eșantion calculat			
Alba	21	3	11	1	5	1	37	5	5
Arad	22	3	25	3	29	3	76	9	9
Argeș	46	5	49	6	38	5	133	16	16
Bacău	50	6	42	5	45	5	137	16	16
Bihor	20	2	39	5	24	3	83	10	10
Bistrița Năsăud	13	2	4	1	5	1	22	4	4
Botoșani	8	1	10	1	10	1	28	3	
Brașov	51	6	38	5	45	6	134	17	17
Brăila	8	1	11	1	4	0	23	2	4
Buzău	27	3	31	4	26	3	84	10	10
Caraș-Severin	10	1	7	1	13	2	30	4	4
Călărași	15	2	16	2	19	2	50	6	6
Cluj	22	3	32	4	31	4	85	11	11
Constanța	58	7	41	5	34	4	133	16	16
Covasna	6	1	3	0	4	0	13	1	1
Dâmbovița	34	4	28	3	29	4	91	11	11
Dolj	29	4	29	4	40	5	98	13	14
Galați	23	3	33	4	21	3	77	10	10
Giurgiu	12	1	18	2	7	1	37	4	4
Gorj	19	2	13	2	12	1	44	5	5
Harghita	5	1	4	0	6	1	15	2	2

Hunedoara	28	3	37	5	28	3	93	11	11
Ialomița	16	2	25	3	11	1	52	6	6
Iași	26	3	31	4	22	3	79	10	11
Ilfov	23	3	19	2	15	2	57	7	7
Maramureș	13	2	13	2	4	0	30	4	2
Mehedinți	13	2	9	1	11	1	33	4	4
Mureș	12	1	4	0	6	1	22	2	2
Neamț	13	2	10	1	16	2	26	5	5
Olt	18	2	7	1	19	2	44	5	5
Prahova	49	6	41	5	35	4	125	15	16
Satu Mare	10	1	9	1	16	2	35	4	2
Sălaj	9	1	9	1	4	0	22	2	4
Sector 1	6	1	8	1	6	1	20	3	3
Sector 2	43	5	45	5	24	3	112	13	13
Sector 3	26	3	19	2	20	2	65	7	7
Sector 4	15	2	24	3	12	2	51	7	7
Sector 5	15	2	8	1	7	1	30	4	4
Sector 6	28	3	22	3	12	1	62	7	7
Sibiu	4	1	4	0	14	2	22	3	3
Suceava	16	2	35	4	25	3	76	9	9
Teleorman	11	1	16	2	10	1	37	4	4
Timiș	29	4	27	3	23	3	79	10	10
Tulcea	12	1	13	2	11	1	36	4	4
Vâlcea	7	1	24	3	14	2	45	6	6
Vaslui	14	2	6	1	6	1	26	4	4
Vrancea	17	2	21	3	13	2	51	7	7
Total	972	119	970	118	831	101	2773	338	

Sursa: Oficiul Roman pentru Adopții. Numărul cazurilor incluse în eșantion a fost calculat de autori.

Notă: Față de eșantionul stabilit, nu au fost selectate cazuri din jud. Botoșani.

BIBLIOGRAFIE

1. Bejenaru, A., Adopția copiilor, în Buzducea, D. (coord.), *Asistența socială a grupurilor de risc*, Iași, Editura Polirom, 2010, pp. 197–222.
2. Cojocaru, Șt., *Domestic adoption of children currently in the protection system*, în „Revista de cercetare și intervenție socială”, vol. 21, nr. 22, Iași, Editura Lumen, 2008, pp. 73–78.
3. Crawford, K., Walker, J., Granescu, M., *Perspectives on Social Care Practice in Romania: Supporting the Development of Professional Learning and Practice*, în “British Journal of Social Work”, vol. 36, no. 3, 2006, pp. 485–498.
4. Dickens, J., *Social policy approaches to intercountry adoption*, în “International Social Work”, vol. 52, no. 5, 2009, pp. 595–607.
5. Mather, M., *Intercountry adoption*, în „Arch Dis Child”, vol. 92, nr. 6, 2007, pp. 479–482.
6. Muntean, A., Stan, V., Tomiță, M., Ungureanu, R., *Succesul unei adopții: studiu de caz*, în „Revista de Asistență Socială”, anul IX, nr. 2, 2010a, pp. 119–130.
7. Muntean, A., Stan, V., Tomiță, M., Ungureanu, R., *Familii adoptive din România: câteva remarci preliminare bazate pe cercetarea din cadrul proiectului „Factori ce influențează succesul adopției naționale” (FISAN)*, în „Revista de Neurologie și Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din România”, vol. 13, nr. 1, 2010b, pp. 32–44.

8. Roby, J. L., Ife, J., *Human rights, politics and intercountry adoption: An examination of two sending countries*, în "International Social Work", vol. 52, no. 5, 2009, pp. 661–671.
9. Scott, D. R., Groza, V., *Romanian Adoptees: A Cross-National Comparison*, în "International Social Work", vol. 47, no. 1, 2004, pp. 53–79.
10. Selman, P., *The rise and fall of intercountry adoption in the 21st century*, în "International Social Work", vol. 52, no. 5, 2009, pp. 575–594.
11. Zanca R., Protecția copilului în România: servicii, dileme și probleme specifice, în Buzducea, D. (coord.), *Asistența socială a grupurilor de risc*, Iași, Editura Polirom, 2010, pp 81–114.
12. *Buletin statistic trimestrial – trim. IV 2010 – Protecția copilului*, MMFPS, disponibil online la <http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Statistica/Buletin%20statistic/2010/2010%20copil.pdf>.
13. *Date statistice privind adopțiile – 2005, 2006, 2007, 2008, 2009*, Oficiul Român pentru Adopții.

In the last two decades, the focus of adoption in Romania changed from international/ inter-country (in the first decade) to national adoptions. While the legislation changed in 2004 to comply with international regulations and to encourage national adoptions, the crude number of national adoptions remained relatively stable in the last five years. The number of children in residential care is still high, most of them being older than ten years and with disabilities or health conditions, which makes them "special-needs children" for adoption. The aim of the study was to identify the main characteristics of the Romanian adoptive families, the types of children preferred for adoption and of those with "special-needs", and what are the factors motivating families to adopt children older than 3 years, with disabilities and of Roma ethnic minority. The research carried out in October–November 2010 used a mixed methods approach: in-depth interviews (N=22) and focus-groups (N=11) with adoptive families and a sample of official data (N=338) from the National Register of Adoption finalised between 2007–2009. The profile of the Romanian adoptive family is aged 38–40 years old, living in a city, with incomes above average, with a medical condition (mainly infertility) and wishing to adopt a Romanian (not Roma) young child (until 3 years old), without disabilities or who lived in an institution. Special-needs children are mainly adopted by their extended family or foster carers. Implications for policy and practice are discussed, and future areas for research are proposed.

Keywords: adoption, adoption of special-needs children, national adoption, adoptive families, Romania.

Primit: 06.05.2011

Acceptat: 13.06.2011

Redactor: Iuliana Precupețu