

ESZTER Alapítvány

Nyilvántartási szám: 00827-2011

TÁMOP 5.6.1.c-11/1-2011-0003 Pszichológusok számára szervezett „Bűncselekmények áldozatainak támogatása, kiemelten a szexuális bűncselekmények sértettjeinek segítése” című képzés

Hallgatói kézikönyv

„Minden emberi lény szabadnak születik és egyenlő méltósága és joga van.”

(Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata
ENSZ Közgyűlés, 1948. december 10.)

Készítette: Németh Margit
dr. Virág György

Tartalomjegyzék

Tartalom

I. Krízis helyzetek, a krízisállapotok jellemzői, a krízis, mint dinamikus folyamat, krízisintervenció.....	3
1. Krízishelyzetek, krízisállapotok.....	3
2. Akcidentális krízisek, a krízis dinamikus folyamata.....	4
A krízisállapot szakaszai.....	4
A krízisállapotok lehetséges kimenetelei.....	5
3. A krízisek kezelése, a krízisintervenció sajátosságai.....	7
II. Pszichotrauma és poszt-traumás stressz szindróma.....	8
1. Az áldozatsegítés folyamata.....	8
A PTSD diagnózis kritériumai a DSM-IV-R szerint.....	10
Eset illusztráció.....	11
III. A szexuális és nemi alapú erőszak, gyermekekkel szembeni szexuális visszaélések, családon belüli erőszak és háttértényezők.....	12
1. A szexuális és nemi alapú erőszak.....	12
2. A gyermekekkel szembeni szexuális visszaélések.....	13
Az áldozattá válás kockázati tényezői gyermekeknél.....	16
A következmények mértékét befolyásoló tényezők.....	18
3. A családon belüli erőszak és háttértényezők.....	18
IV. Az áldozatok speciális szükségletei, áldozatsegítés, gyermek áldozatokkal való bánásmód.....	20
Tárgyi, személyi feltételek.....	21
V. Irodalomjegyzék.....	26
VI. Ajánlott irodalom.....	26

I. Krízis helyzetek, a krízisállapotok jellemzői, a krízis, mint dinamikus folyamat, krízisintervenció.

1. Krízishelyzetek, krízisállapotok

A krízis szó görög eredetű, válságot, fordulópontot jelent. A krízishelyzet átfogó definícióját G. Caplan fogalmazza meg először, aki egy olyan, lélektanilag kritikus szituációként jellemzi, amely az érintett személy számára kiemelten fontos, érzelmileg fokozottan hangsúlyos. Az egyén ezt a helyzetet (vagy ezeket a helyzeteket) semmiképpen nem kerülheti el, kénytelen szembenézni, megküzdeni velük¹. A krízishelyzetben lévő ember beszűkült tudatállapotban van, minden erőfeszítése arra irányul, hogy megoldja a szituációt, illetve, hogy mindenáron kimeneküljön-megmeneküljön a helyzetből. Ilyenkor a megszokott eszközök, stratégiák alkalmazása nem vezet célra, és a személy stressz szintje egyre magasabb szintűvé válik, a személyiség különböző funkciói egyre szervezetlenebbé válnak. Az egyén elővételezi a kudarc, a veszteség lehetőségét.

A krízisekkel foglalkozó különböző magyarázó elméletek közösek abban, hogy kiindulási pontjuk szerint az ember alapvető törekvése, hogy testi, lelki egyensúlyát, a környezettel való harmonikus, rendezett viszonyát, külső-belső egyensúlyát (homeosztázis) fenntartsa. Ez a viszonylagos egyensúly, amely a hétköznapi életünkre jellemző, úgy tartható fenn, hogy a tapasztalatok során kialakított megtanult, jól bevált stratégiákkal, eszközökkel oldjuk meg problémáinkat. Úgynevezett megküzdési stratégiákat alkalmazunk, amelyek jellege, összetettsége, rugalmassága stb. az egyénekre jellemző. A krízis során, valamely külső/belső esemény hatására az egyensúly felborul, és a megszokott, jól bevált stratégiák csődöt mondanak. A felfokozott stressz állapot hatására érzelmi válság alakul ki. Az egyént bizonytalanság, tanácstalanság, dezorganizáltság jellemzi, viselkedése, beszéde, gondolkodása szervezetlenné válik, reakciói sokszor önmaga számára is kiszámíthatatlanok, indulatai, érzelmei felfokozódnak. Az egyénnek ilyenkor el kell engednie korábbi szokásait, elképzeléseit, módszereit. Előfordulhat, hogy a világról, önmagáról, másokról kialakított képét is kénytelen átértékelni. Új, kreatív megoldásokat kell alkalmaznia. A válságban lévő személy ilyenkor fokozottan nyitott minden impulzusra, szuggesszivitása megnő. Utóbbi két ismérv fontos a krízisintervencióban, ennek pozitív, és negatív hatásaival együtt (lásd még később: krízis intervenció). Ezt a lelki állapotot a segítő használhatja krízisintervencióban például arra, hogy átkeretezze az egyén számára a válság jelentését, pozitív szempontokat, a fejlődés lehetőségét építse be annak gondolkodásába, érzelem világába.

A krízisek egy része szükségszerűen megjelenik életünk folyamán, és a fejlődés természetes velejáróiként tekinthetünk rájuk (fejlődési krízisek). Vannak azonban olyan kritikus életesemények, amelyek váratlanok, nincsenek életszakaszokhoz kötve. Ilyenek a különböző veszteségek, pszicho-traumák okozta krízishelyzetek. Ha az egyén képes hatékony megoldásokkal kikerülni ebből az állapotból, akkor megerősödve, tapasztalatokkal gazdagodva, fejlettebb személyiséggé válhat. Ha a krízis maga alá gyűri a személyt, akkor az gyakran depresszióval, különböző testi-lelki betegségekkel, az önértékelés csökkenésével, a kapcsolatok romlásával reagálhat.

Összefoglalva a krízis állapot:

- lélektanilag kritikus állapot
- a személy a lélektani egyensúlyát veszélyeztető külső körülményekkel kénytelen konfrontálódni, a veszélyeztető helyzet nem elkerülhető
- a személy számára kitüntetett fontosságú a helyzet

¹ Caplan, G.: Principles of preventive psychiatry; Basic Book New York, 1964.

- ezek fenyegető jellege mindennél fontosabb pszichológiai problémává válik számára
- minden figyelme, erőfeszítése erre irányul²
- az adott időben és térben, és az adott dinamikus személyiség konstellációban ezeket a helyzeteket sem elkerülni, sem megoldani nem tudja a szokásos problémamegoldó eszközeivel³.

2. Akcidentális krízisek, a krízis dinamikus folyamata

Ezeket a krízisállapotokat előre nem látható események váltják ki, illetve olyan súlyú történések, amelyekre előre nem lehet felkészülni, a szokványos megoldások a problémamegoldásban nem elégségesek. Ilyenek például: a természeti katasztrófák, súlyos balesetek, nemi erőszak átélése, a különböző veszteség élmények, például: súlyos betegség, hozzátartozó elvesztése, különböző egyéb súlyos „tárgyvesztéses” (pl. munkahely, párkapcsolat) állapotok.

Felismerésük, és kezelésük szempontjából, valamint a krízisintervenciós terv, a terápiás lépések, a kezelési stratégia miatt fontos tudni, hogy a krízisek négy jól elkülöníthető fázisra oszthatóak. A szakaszok részben át is fedhetik egymást, illetve időben olyan gyorsan következhetnek egymás után, hogy ezek a szakaszok nem, vagy csak nehezen különíthetőek el.

A krízisállapot szakaszai

- a. Az egyén találkozik a kritikus helyzettel. Fokozott erőfeszítéseket tesz, keresi a megoldásokat. Általában olyan megoldásokkal, eszközökkel próbálkozik, amelyek eddig beváltak a problémamegoldásban. Ez a helyzet erős stressz állapotot eredményez. Az egyén igyekszik egyensúlyi állapotát visszanyerni.
- b. A megszokott problémamegoldó stratégiák nem bizonyulnak elégségesnek, növekszik a stressz szint. Az átélt kudarc következtében csökken a személy önbizalma, esetleg kapkodás, szervezetlenség kezd kialakulni.
- c. A stressz elviselhetetlen mértéket ölt. A személy a tartalék erőforrásait kezdi mozgósítani, külső segítséget keres, illetve számára nem megszokott, vagy a szokványostól eltérő eszközökkel, stratégiákkal próbálkozik.

Mindennek következtében:

- o csökkenhet a probléma intenzitása
 - o az egyén saját erőforrásai felhasználásával, vagy külső segítséggel új problémamegoldó stratégiákat alkalmaz, így például: az egyén számára „átkereteződik” a probléma, vagyis új, más megvilágításba kerül (ez bekövetkezhet saját erőből, vagy külső segítség hatására is).
 - o az egyén átadja magát a tehetetlenség élményének, feladja a helyzet megoldására irányuló törekvéseit.
- d. Az egyén feladja a megküzdés elvét és megoldási késztetéseit, energiái kimerülnek, a feszültség elviselhetetlenné válik. Súlyos alkalmazkodási képtelenség alakul ki, amely akár az öngyilkosságig is elvezethet. Az auto-agresszív, illetve hetero-agresszív impulzusok, viselkedéses elemek felerősödnek. A tehetetlenség élménye

² Hajduska Mariann: Krízislélektan; ELTE Eötvös kiadó, 2008.

³ Dr. Csizsér Nóra előadása a krízisállapotokról „Van segítség!”, Áldozatsegítő modellprogram, Eszter Alapítvány, 2007 Göd

gyakran hosszú távon károsítja a személyiséget. Az egyén testi-lelki betegségekre „menekül”.

A krízisállapotok lehetséges kimenetelei

A személy krízis helyzetre adott válasza különböző megoldásokat eredményezhetnek, kreatív előrelépéssel a helyzet megoldódhat és az események akár pozitív fordulatot is vehetnek. Ha a megoldások kísérlete eredménytelen lesz, a személy kritikus állapotba kerülhet.

A pszichológiai krízisek osztályozása kimenetelük szempontjából⁴ (Baliko, 1990):

- a. Megoldás külső erők mozgósítása révén (hozzátartozók, barátok, segítők, stb.)
- b. Kompromisszum-alkalmazkodás egy új, a személyiség számára korábban elfogadhatatlan helyzethez. (Az ismétlődő, gyakran egyre súlyosbodó krízisek hátterében gyakran a megoldatlan, kompromisszumokkal lezárt konfliktusok állnak.)
- c. Diszfunkcionális (nem valódi) megoldások:
 - neurózisok
 - szenvedélybetegségek,
 - pszichoszomatikus betegségek
- d. Összeomlás:
 - szuicid krízis (öngyilkosság)
 - pszichózis (menekülés a realitásból)

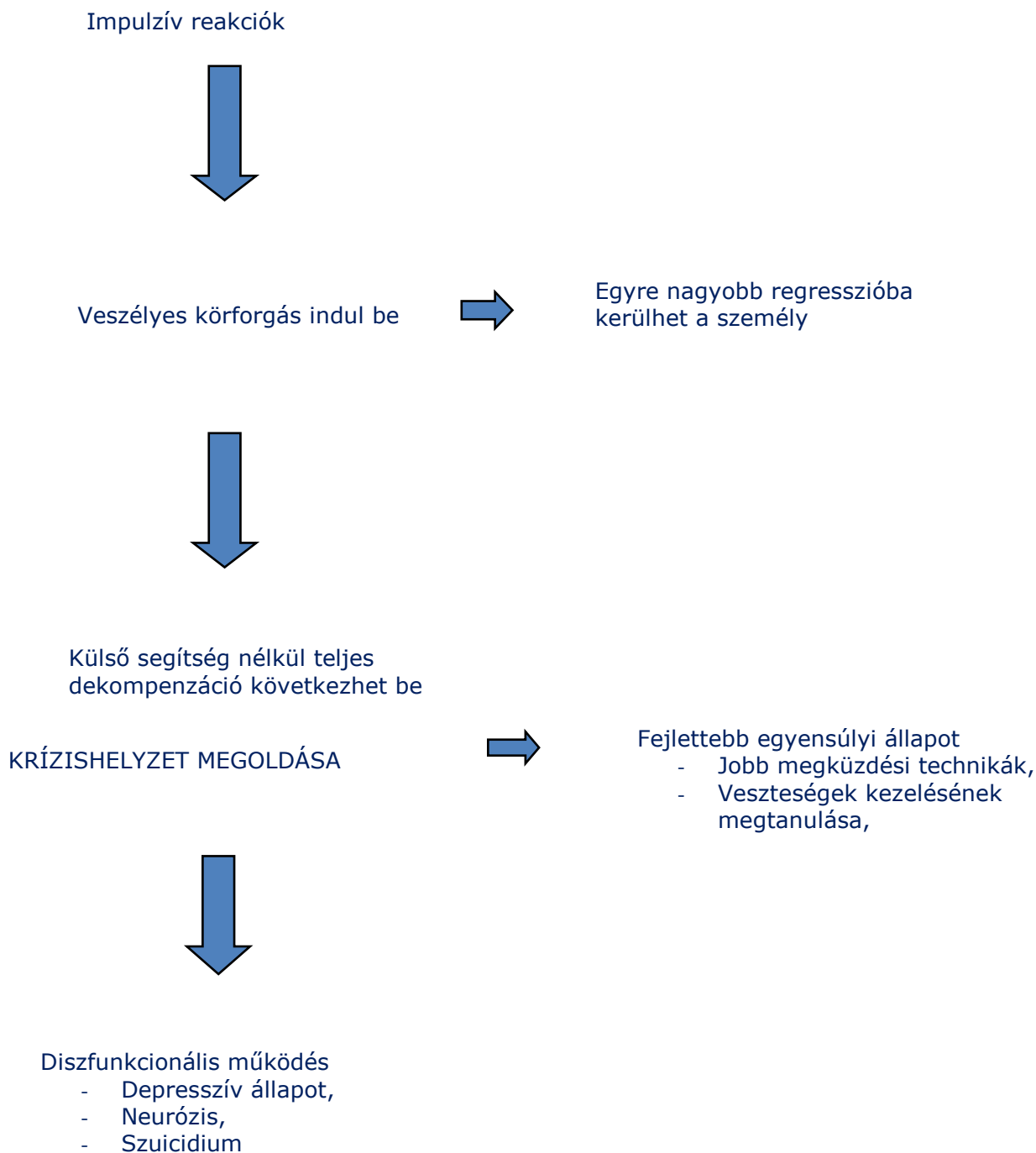
Összefoglalva: a krízisállapot szakaszai⁵

- „KÉSZENLÉT”
 - o Fenygetettség érzése (én-identitás) => szorongás => veszteség, kudarc lehetősége
 - o Az eddigi problémamegoldó eszközök mozgósítása megbomlik
 - o Az érzelmi és kognitív egyensúly visszaállítására tett törekvés kudarcot vall (amennyiben az egyensúly nem áll helyre, a probléma nem oldódik meg, vagy nem veszíti érvényét)
- „KÜZDELEM”
 - o A feszültség tovább nő => a cselekvések összerendezettsége kezd felbomlani, próbálkozások körforgása indul be
- „KAPKODÁS”
 - o A feszültség tovább nő, a személy önértékelése, érzelmi állapota tovább romlik, viselkedés-rendezettsége felborul, zavartság, beszűkült tudatállapot kezd kialakulni, indulatvezérelt magatartás
- „ÖSSZEOMLÁS”
 - o Alkalmazkodó képesség felborul, kimerül, tudatállapot beszűkül
 - o Személyiség felbomlik
 - o Destruktív magatartásminták jelennek meg (szuicidum, auto-, vagy heteroagresszió, impulzív, acting-out reakciók)
 - o Dekompenzáció

⁴ Balikó Márta: Tele(pszicho)fon; Animula 1990.

⁵ Hajduska Mariann: Krízislélektan; ELTE Eötvös kiadó, 2008.

Az összeomlás folyamata⁶:



⁶ Hajduska Mariann: Krízislélektan; ELTE Eötvös kiadó, 2008.

3. A krízisek kezelése, a krízisintervenció sajátosságai

A krízishelyzetben lévő ember fogékony a beavatkozásokra, rendkívül motivált, hogy segítséget kapjon. Az ilyen szituációk arra is alkalmasak, hogy az intervenció után a segítő mozgósítsa a családot, környezetet, szakembereket és a krízis háttérében lévő oksági láncolat mentén keresse a megoldásokat.

A tizenhárom éves kislány édesanyjával, annak jóval fiatalabb élettársával, anyai nagymamájával él együtt. Boglárka egyik bátyja, súlyos devianciái, agresszív magatartása miatt állami gondozásban van évek óta. Másik, fiatal felnőtt bátyja vidéken él. Bogi nem nagyon találja helyét ebben a családban. Anyja új kapcsolatával van elfoglalva. A kislány gyakran csavarog el otthonról, először csak egy-egy napra tűnik el, majd egy napon nem is kerül elő, csak hónapok múlva. Droggal, és lányok prostituálásával foglalkozó bűnbanda tartja őt fogva egy vidéki kisvárosban. Több hónapon keresztül folyamatosan különböző tudatmódosító szerek hatása alatt ál. Egy lakásban tartják bezárva, ahol férfiakat kell fogadnia, szexuális szolgáltatásokat kell nyújtani számukra. Egy alkalommal egy kliense segít neki megszökni, visszajuttatja Budapestre, ahol járőröző rendőrök találják meg az egyébként kőrözés alatt álló gyermeket. A kislány krízisállapotban kerül az Alapítványhoz. Beszűkültségű tudatállapotban öngyilkossági gondolatok mellett, jellegzetes poszt-traumatikus tüneteket mutat (lásd később-PTSD). Súlyos bűntudat gyötri, rémálmokkal küzd, állandó készenléti állapotban van, felfokozott vészreakciókat lehet viselkedésében tapasztalni. A krízisintervenciót, és a PTSD tüneteinek kezelését haladéktalanul meg kellett kezdeni. További gyermekvédelmi lépések, átmeneti kiemelés a családból, illetve családterápiás jellegű beavatkozások követik az eset kezelését.⁷

A krízisintervenció általános folyamata⁸:

1. A raport megteremtése.

A raport kialakítása ezekben az esetekben viszonylag egyszerű, hamar kialakítható a bizalmi légkör, ilyenkor kevés ellenállást lehet tapasztalni. A biztonságos érzelmi kapcsolat könnyen létrejön. A krízisintervenció keretében a pszichológiai tanácsadásra jellemzőek. Segítő, elfogadó, empátikus magatartás, az úgynevezett „terápiás távolságtartás”, a professzionális helyzet sajátosságait megtartó attitűd (túlzott involválódás kerülése).

2. Az előzmények és a kiváltó esemény feltérképezése.

A személyiségjellemzők feltérképezése egy időben zajlik a helyzet megoldására irányuló törekvéssel. Azon dolgozunk, hogy érthetővé, átláthatóvá váljék a helyzet. Mindezt a realitáskontroll megtartása mellett.

3. Beszűkültség csökkentése

A beszűkültség, regresszív tudat állapot óvatos tágítása fontos részét képezi a krízisintervenciónak. Az indulatokkal szemben semleges magatartást tanúsítunk, kerüljük a konfrontációt. A kliens figyelmét a több-szemponthú gondolkodás, az alternatívák megélése felé szükséges terelni.

4. Előremutató kreatív megoldások megerősítése.

A megküzdés bátorítása. Az Én erősítő visszajelzések gyakori alkalmazása.

⁷ Németh Margit, ESZTER Alapítvány, 2011.

⁸ Hajduska Mariann: Krízislélektan; ELTE Eötvös kiadó, 2008.

A krízisintervenció lépései:

- a. Előzmények feltérképezése
- b. Támasznyújtás
- c. Érzelmi realitás megőrzése, képviselése
- d. Beszűkülés óvatos tágítása
- e. A feszültség, impulzivitás csökkentése
- f. Remény fenntartása
- g. Aktív beavatkozás
- h. Specialistához fordulás segítése
- i. A család, szűkebb környezet válságának kezelése
- j. Környezet mozgósítása
- k. Az alany dependenciájának fokozása kerülendő! (pl. mélyebb dinamikai összefüggések feltárása stb.). Krízisintervenció után egyéb terápiás szerződéskötés!⁹

II. Pszichotrauma és poszt-traumás stressz szindróma

Vannak olyan súlyos, traumatikus események, amelyek (életkortól, nemtől, társadalmi hovatartozástól, stb. függetlenül) kivétel nélkül minden ember számára traumatikusak.

1. Az áldozatsegítés folyamata

Az a fizikai és pszichológiai állapot, amely a bántalmazott embereknél az incidenst követően tapasztalható (poszt-traumás stressz-betegség – trauma utáni stressz-betegség) azonos azzal, amit a természeti katasztrófák, a harctéri stresszek elszenvedőinél, a holokauszt túlélőknél látunk. Különösen nagymértékű ez az egybeesés a szexuális bántalmazást elszenvedett áldozatok körében. Nem lehet tehát eléggé hangsúlyozni az ilyen jellegű, pszicho-traumát átélt emberek kiszolgáltatottságát, szenvedését. Az áldozatok gyakran küzdenek állandó feszültséggel, szorongással, félelmekkel. Emlékezeti, gondolkodási funkcióik sérülhetnek, ezért a hivatalokban az igazságügyi eljárások során gyakran kerülhetnek méltatlan helyzetbe, vagy félreértések sorozatait élhetik át. A felfokozott stressz-állapot, a gyakran rémálmokkal kísért alvási problémák, a gyerekek esetében tanulási zavarokkal, a felnőtteknél munkaképtelenséggel, vagy a munka ellátásának különböző szintű zavaraival járnak együtt. Gyakran találkozhatunk velük a háziorvosi, vagy szakorvosi rendelőkben, különböző pszichés, vagy pszichés háttérű tünetek (depresszió, közlekedési fóbia, fejfájás, nőgyógyászati problémák, stb., stb.) miatt. Megrendült világképük, bizalmatlanságuk következtében, emberi kapcsolataik általában problémásak. Alapvető kötődéseik, különösen családon belüli erőszak esetén, súlyosan sérülnek. Reménytelenség, a jövőkép hiánya jellemezheti őket. Ezek az emberek gyakran rossznak, értéktelennek tartják magukat, szégyennel, bűntudattal küzdenek. Gyakran azt gondolják,

⁹ Hajduska Mariann: Krízislélektan; ELTE Eötvös kiadó, 2008.

biztosan megérdemelték sorsukat. A szexuálisan bántalmazott áldozatok gyakran kirekesztettnek, stigmatizáltak érzik magukat.

A zavar gyakran a személyiség mélyebb rétegeit érinti. Különösen olyan egyéneknél lehet kritikus ez a helyzet, ahol hiányzik a támogató környezet, ahol az egzisztenciális nehézségek fokozottan vannak jelen a kliens életében.

A feltáratlan, kezeletlen trauma további sérülések, traumák táptalajává válhat. Az elhallgatás, a titok szociálisan izolálja az érintettet. A szexuális bántalmazás áldozatát a környezet hibás, vagy túlzott érzelmi reakciói is traumatizálhatják. A hatósági eljárások sorozata másodlagos sérüléseket okozhat akkor is, ha az teljesen jogszerű és humánus. Másodlagos károsodást eredményezhet az is, ha a környezet, vagy a hatóságok nem hisznek az áldozatnak, így a történetek többszöri elmondatása által újra és újra át kell élnie a történeteket.

A klinikai és a gyakorlati tapasztalatok egyértelműen jelzik, hogy a gyermekkori visszaélések súlyosan romboló hatásúak a lelki és a testi fejlődésre rövid, illetve hosszú távon egyaránt.

Az áldozattá vált gyermekeknél a legkülönbözőbb rendellenességek jelenhetnek meg, pl. nem mernek egyedül aludni, visszatérő rémálmok gyötrik őket, halálvágyuk van. Félnak a felnőttektől, főleg az idegenektől. Néha kényszeresen mosakodnak és nem specifikus szorongásos tüneteket produkálnak, például fokozott izgatottság, agresszív viselkedés.

Az akut traumával jelentkező, krízisben lévő klienseknél a kríziskezelés, krízisintervenció szakmai szabályai szerint kell eljárni. Fontos a támogató környezet feltérképezése, a szuicid (öngyilkosság) veszély felmérése, gondolni kell az esetleges gyógyszeres támogatás szükségességére. A velük való munkának ki kell terjednie a külső-belső erőforrások, és a megküzdési stratégiák számbavételére.

Ezek a kliensek általában telefonos segélyszolgálatról, rendőrségtől, egészségügyi intézményből jutnak el a terápiás ellátó helyre.

Az ellátás során az akut, közelmúltban átélt pszicho-trauma feldolgozását minden esetben krízis intervenció – krízis ellátás előzi meg. A krízis-állapotban lévő kliens különösen veszélyeztetett, mert olyan beszűkült tudatállapotban van, amelyet a laikus környezet nem észlel mindig megfelelően, és nem is tud mindig kezelni. Gyakran ez életveszélyes állapotot jelent, amely magas szintű támogatást, speciális kompetenciájú szakember segítségét igényli. Ez az állapot lélektanilag kritikus, amelyben az áldozat minden figyelme, erőfeszítése az adott helyzet megoldására irányul, azonban a szokásos problémamegoldó

eszközei elégtelennek bizonyulnak. Az áldozat gyakran életkoránál, iskolázottságánál, személyiségénél alacsonyabb színvonalon viselkedik, érez, gondolkodik ilyenkor. A krízisállapotban lévő embernél a fenyegetettség érzés fokozott, a viselkedés szervezetsége a személyiség felbomlik. Destruktív magatartásminták jelenhetnek meg saját maga és mások felé irányuló agresszió formájában. Külső segítség nélkül akár az öngyilkosságig, vagy a másokban tett károkozásig fokozódhat ez a folyamat.

Összegzésként elmondható tehát, hogy a bűnesemények áldozatai, különös tekintettel az erőszakos és szexuális cselekmények áldozataira, traumával küzdenek, aminek kezelése és ellátása speciális szakmai feladat. Ez a szükséglet indokolja az ehhez az áldozati csoporthoz tartozó gyermekek és felnőttek elkülönült kezelését, speciális áldozatsegítésének megoldását.

„A traumatikus élményt követően úgy tűnik, az ember önvédelmi rendszere állandó készenléti állapotra kapcsol, mintha a veszély bármely pillanatban visszatérhetne. 1988-ban a pszichológia történetében először az amerikai pszichiátriai társaság vette fel először a pszichés trauma jellegzetes tünet együttesét új diagnosztikus kategóriaként, a mentális rendellenességeket felsoroló hivatalos kézikönyvbe (DSM III) 'Poszt-traumás stressz zavar – Post-traumatic stress disorder'.”¹⁰

A PTSD diagnózis kritériumai a DSM-IV-R szerint

A személyt megrázó eseményre az alábbi két pontban leírtak együttesen érvényesek.

- a. Olyan eseményt élt át, vagy olyannak volt tanúja, vagy olyannal szembesült, amelyben valóságos, vagy fenyegető haláleset, súlyos sérülés, vagy a saját, vagy mások testi épségének veszélyeztetése valósult meg.
- b. A személy erre intenzív félelemmel, tehetetlenséggel, vagy rémülettel reagál. Megjegyzés: gyermekeknél ez dezorganizált, vagy agitált magatartásban is kifejeződhet.

A traumát a személy ismételten újraéli az alábbiak közül egy, vagy több módon:

- a. A traumás eseményre való kényszerű, ismétlődő szenvedést okozó visszaemlékezés, ideértve képzeteket, gondolatokat és perceptív élményeket. Megjegyzés: kisgyermeknél ismétlődő játékok fordulhatnak elő, amelyekben az átélt trauma témája, vagy elemei fejeződnek ki.
- b. A traumás eseményről való ismétlődő, kízó álmodás. Megjegyzés: gyermekeknél felismerhető tartalom nélküli rémálmok.
- c. Olyan cselekedetek, vagy érzések, mintha a traumás élményt a személy újraélné (ideértve az illúziókat, hallucinációkat, disszociatív epizódokat, azokat is, amelyek csak ébredéskor, vagy intoxikált állapotban lépnek fel). Megjegyzés: kisgyermeknél a traumára jellemző újrajátszás fordulhat elő.

¹⁰ Judith Hermann: Trauma és gyógyulás, Tűz-hely könyvek, 2003.

- d. A traumás élményt szimbolizáló, vagy arra emlékeztető külső helyzet, vagy belső történés intenzív pszichés szenvedést vált ki.
- e. A traumás élményt szimbolizáló, vagy arra emlékeztető külső helyzet, vagy belső történés vegetatív reakciókat vált ki.

A traumával összefüggő ingerek tartós kerülése és az általános válaszkészség megbénulása (amely a traumás esemény előtt nem volt jelen), azaz legalább három (vagy több) pont teljesülése az alábbiakból:

- a. A traumával összefüggő gondolatok, érzések, vagy beszélgetés kerülése.
- b. A traumával összefüggő emlékeket ébresztő tevékenységek helyek, vagy személyek kerülése.
- c. A traumára való visszaemlékezési képtelenség.
- d. Észrevehetően lecsökkent érdeklődés, vagy részvétel fontos tevékenységekben.
- e. Másoktól való elszakadás, elidegenedés élménye.
- f. Az érzelmek beszűkülése (képtelenség szeretet érzésére).
- g. A jövő beszűkülésének érzése (pl. nem remél karriert, házasságot, gyerekeket, vagy normális élettartamot).

A fokozott készenlét tünetei (amelyek a trauma előtt nem állottak fent), azaz legalább kettő (vagy több) az alábbiakból:

- a. Elalvási, átalvási zavarok.
- b. Irritabilitás, vagy dühkitörések.
- c. Koncentrációs nehézség.
- d. Hypervigilitás.
- e. Felfokozott „vészjelzés-készség”.

A zavar klinikailag jelentős szenvedést, vagy a szociális, munkahelyi és más fontos funkciók romlását okozza.

A tünetek időtartama több mint egy hónap.

Eset illusztráció

Zita 18 éves, állami gondozott lány. Tipikus poszt-traumás, stressz szindrómával (DSM IV) került az ambulanciára, egy héttel az után, hogy erőszak érte.

Tünetei tankönyvszerűek voltak. Fizikai és pszichés állapota megrendült és állapotára hónapokig ez volt a jellemző.

Napközben sem tudott magára maradni és éjszaka is mindig mellette kellett lenni. Ugyanakkor kerülte az embereket, szociális és közlekedési fóbia akadályozta a normális életvitelben. Szinte az összes alvászavar-típus jelentkezett nála. Legrosszabbul azokat a rémálmokat tűrte, amelyek minden éjjel ismétlődtek és az események átélését újra meg újra kikényszerítették. Étvágytalanság, feszültség és fáradtság gyötörte. Alhasi fájdalmak (később menstruációs zavarai) voltak. Rendszeresen szorongással és félelmekkel küszködött. Gyakran önmagát hibáztatta, próbálta az eseményeket meg nem történtté tenni. Gyűlölte a bántalmazót és undorodott a saját testétől. Úgy érezte, soha többé nem lehet már önmaga, az egész világban megrendült a bizalma. Kereste, mit követhetett el, hogy „ez” megtörténhetett vele.

Nehéz eset volt, nem csak azért, mert – ahogy számomra később kiderült – az élete is veszélyben forgott a bántalmazáskor, hanem mert nem először rendült meg a bizalma, a hite az embereken. Ugyanakkor az élettörténetéből arra lehetett következtetni, hogy vannak erőforrásai és már többször talpra állt saját erejéből.

Másfél évig járt a foglalkozásokra. Eleinte hetente többször, majd az első félév után csökkenő ritmusban. Több szakaszon ment keresztül ez a kapcsolat. Zita sokáig volt ambivalens, miközben kapaszkodott és számított a segítségemre. A terápiás folyamatra jellemző volt, hogy a trauma témája hol háttérbe szorult, hol ismét előkerült, hol figura volt, hol háttere az aktuális párkapcsolati, egzisztenciális, társas nehézségeknek. Az első időszakot egyértelműen a krízis kezelése jellemezte és nap, mint nap feltettem a kérdést, lehet-e ebben az esetben ambuláns módon dolgozni, minimális gyógyszereléssel? De Zita hallani sem akart arról, hogy pszichiátriai osztályra menjen (szorgalmazni sem szorgalmazta senki), a környezete pedig rendkívül segítőkész, támogató volt. Zita ennek köszönhető, hogy egy év alatt teljesen talpra állt.

III. A szexuális és nemi alapú erőszak, gyermekekkel szembeni szexuális visszaélések, családon belüli erőszak és háttértényezői

1. A szexuális és nemi alapú erőszak

A szexuális és nemi alapú erőszak jóval több, mint szexuális bántalmazás, vagy erőszakos közöszülés. Kiváltó okainak és következményeinek megértéséhez elengedhetetlen, hogy a társadalmi nem (gender) és a biológiai nem (sex) fogalmát szétválasszuk.

- Biológiai nem (sex): velünk született, a különbözőségek fiziológiásak
- Társadalmi nem (gender): tanult jellegzetesség, tanult viselkedésmód, társadalmi nemi identitás, szerepek, feladatok, korlátok, lehetőségek, kiváltságok.

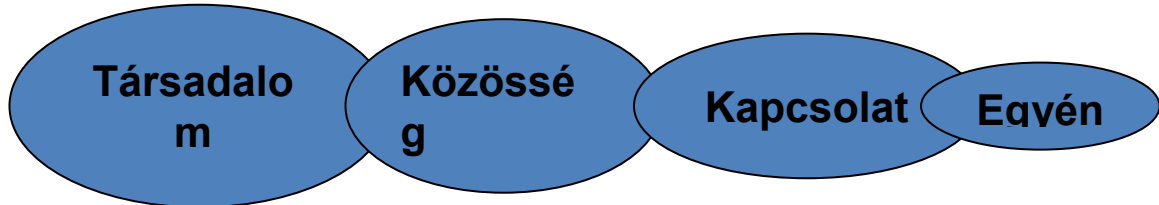
A nemi alapú erőszak olyan erőszak, amely az egyén ellen, társadalmi, vagy biológiai neme miatt irányul. Beletartozik bármely cselekmény, amely testi, szellemi, vagy szexuális kárt, vagy szenvedést okoz, továbbá az ilyen cselekménnyel való fenyegetés, kényszer és a szabadságelvonás egyéb formái. Nők, férfiak, fiúk és lányok egyaránt válhatnak nemi erőszak áldozatává, az áldozatok többsége azonban nő és kislány.

Tények:

- Becslések szerint világszerte a nők elleni gyilkosságok 40-70 százalékát közeli partnereik követik el, gyakorta visszaélésekkel terhelt kapcsolat keretében.
- Világszerte legkevesebb minden harmadik nőt megverték már, szexuális kapcsolata kényszerítettek, vagy más módon bántalmazták életében.
- 1995 és 2000 között az emberkereskedelem majd 50 százalékkal emelkedett világszerte; a Nemzetközi Migrációs Szervezet (IOM) becslése szerint évente legkevesebb 2 millió nőt csempésznek át a határokon.
- Több mint 90 millió afrikai nő és lány vált női nemi szerv csonkítás áldozatává.
- Nemi preferenciák miatti abortusz, csecsemőgyilkosság és elhanyagolás következtében legalább 60 millió olyan lány hiányzik a világ különböző részein élő populációkban, főként Ázsiában, aki egyébként életben volna.
- Az utóbbi években háború során elkövetett tömeges nemi erőszakra derült fényt Boszniában, Kambodzsában, Libériában, Peruban, Szomáliában és Ugandában. Az Európai Unió tényfeltáró delegációjának becslése szerint több mint 20.000 nőt erőszakoltak meg a boszniai háborúban.
- Sierra Leone-ban a menekült háztartások 94 százaléka számolt be szexuális bántalmazásról, így erőszakos közöszülésről, kínzásról és szexuális rabszolgaságról. 250.000 és 500.000 közöttire tehető azon nők száma, akik megerőszakoltak a ruandai népirtás során 1994-ben.

Forrás: Violence Against Women: The Hidden Health Burden (World Bank 1994)
A Statistics for Action Fact Sheet (L. Heise, IWTC 1992)
Progress of the World's Women (UNIFEM, 2000)

Szexuális és nemi alapú erőszak bárhol, bármikor történhet, alkalmazták fegyverként háborúban és elkövetik az otthon vélt biztonságában. Előfordul minden társadalmi osztályon, kultúrán, valláson, fajon, társadalmi nemben és korosztályon belül.



Társadalmi szint: társadalmi nemi szerepek, gyermekekkel, nőkkel és férfiakkal kapcsolatos kulturális és társadalmi normák, szabályozó jogi és politikai keretek, konfliktusmegoldás-erőszakhoz kapcsolódó nézetek, attitűdök.

Közösségi szint: helyi struktúrákban (iskola, eü. Intézmény, stb.) korosztályi csoportokban, munkahelyi közösségekben, szocializálódott egyének közötti kölcsönhatások

Kapcsolati szint: a visszaélés közvetlen környezetének jellemzői, egyének közötti családon belüli viszonyok/egyenlőtlen erőviszonyok: alárendelt/kiváltságos

Egyéni szint: áldozat/túlélő, vagy elkövető?

- a. Erőforrásokhoz, szolgáltatásokhoz, szociális juttatásokhoz való hozzáférés és azok ellenőrzése,
- b. társadalmi nemi szerepekkel kapcsolatos attitűd, személyes háttér, személyi biztonság, kapcsolatrendszer, ismeretek szintje.

2. A gyermekekkel szembeni szexuális visszaélések

A gyermekekkel szembeni szexuális visszaélésekhez való viszony koronként, kultúránként, társadalmanként változik. Ferenczi Sándor már a XX. század elején felhívja a figyelmet arra a jelenségre, hogy a különböző mentális rendellenességek hátterében szexuális abúzus, bántalmazás állhat.

„Engedjék meg, hogy beszámoljak néhány olyan meglátásomról, melyhez a betegekkel való intimebb viszony segített hozzá.

Mindenekelőtt igazolódott az előbb említett gyanúm, hogy a traumának, különösképpen a szexuális traumának, mint betegségkeltő tényezőnek jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni. Még tekintélyes, puritán szellemtől áthatott családok gyermekei is gyakrabban esnek megerőszakolás áldozatául, mint ahogy eddig gondoltuk. Vagy maguk a szülők azok, akik kielégületlenségüknek ilyen kóros módon keresik pótlását, vagy a különböző bizalmi személyek, mint pl. rokonok (nagybácsik, nagynénik, nagyszülők), házitanítók vagy szolgaszemélyzet, azok, akik visszaélnek a gyermek tudatlanságával és ártatlanságával. Azt a kézenfekvő ellenvetést, hogy itt csupán magának a gyermeknek szexuális fantáziáiról, tehát hisztériás hazugságairól van szó, sajnos gyengíti az ilyen jellegű beismerések nagy száma, melyeket az analízisben levő betegek tesznek arról, hogy maguk is elkövetnek ilyesmit gyermekekkel. Már meg sem lepődtem tehát, amikor nemrég egy emberszerető lelkiületű pedagógus keresett fel és kétségbeesetten közölte velem, hogy már

az ötödik — magasabb körökben levő — családban kellett felfedeznie, hogy a nevelőnők 9-11 éves fiúkkal szabályos házasséleket élnek.

A következő példa mutatja a tipikus módját annak, hogyan jönnek létre az ilyen incestuózus csábítások:

Egy felnőtt és egy gyerek szereti egymást; a gyerekekben kialakul az a játékos fantázia, hogy a felnőttel az anyaszerepet játssza. E játék ölthet erotikus formákat is, rendszerint azonban végig a gyengédség szintjén marad. Nem így azonban a kóros hajlamú felnőttek esetében, különösen akkor, ha valamilyen egyéb szerencsétlenség vagy részegítő anyagok élvezete miatt egyensúlyukban és önfegyelmükben zavar áll be. A gyerekjátékait összetévesztik egy szexuálisan érett személy vágyaival, és a következményekre való tekintet nélkül szexuális cselekményre ragadtatják magukat. Napirenden vannak olyan kislányok tényleges megerőszkolásai, akik még alig nőttek ki a csecsemőkorból, hasonlóan a szexuális cselekmények felnőtt nők és kislányok között, valamint homoszexuális jellegű erőszakos közöselések is.

Nehéz elképzelni a gyermekek viselkedését és érzéseit ilyen erőszaktevételek után. Első impulzusuk talán az elutasítás, a gyűlölet, az undor és az erőteljes elhárítás: „Nem, nem, ezt nem akarom, ez túl erős nekem, ez fáj. Hagyjon engem!” — ez vagy hasonló volna a közvetlen reakció, ha a gyermeket nem bénítaná meg óriási szorongás. A gyerekek testileg is és normálisan is tehetetlennek érzik magukat, személyiségük még kevéssé szilárdult meg, hogy akár csak gondolatban is tiltakozni tudnának, a felnőttek túlereje és tekintélye némává teszi őket, szinte az eszüktől fosztja meg őket. Mégis, ugyanaz a szorongás, amikor eléri tetőpontját, automatikusan arra kényszeríti őket, hogy támadójuk akaratának alávéssék magukat, kitalálják és kövessék annak minden kívánságát, és hogy magukról elfelejtkezve a támadóval azonosuljanak. A támadóval való azonosulás révén, mondhatjuk, a támadó introjekciójával, az megszűnik valóság lenni, intra-, és nem extrapszichés dologgá válik; az intrapszichés dolog viszont alá van vetve az elsődleges folyamatnak, különösen olyan álomszerű állapotban, mint amilyen a traumát követő transzállapot; ami azt jelenti, hogy az örömelvnek megfelelően formálódhat, pozitív- vagy negatív-hallucinatorikus módon átalakulhat. Mindenesetre a támadás nem mint merev külső valóság marad meg, a traumát követő transzállapotban a gyerek eléri, hogy a korábbi gyengédséghelyzetet fenn tudja tartani.

A legjelentősebb változás azonban, amit a felnőtt partnerrel való szorongásos azonosulás a gyermek lelki életében előidéz, a felnőtt büntudatának introjekciója, amely egy eddig ártatlan játékot büntetendő cselekményként mutat be.

Ha a gyerek összeszedi magát ilyen támadások után, rendkívül zavartnak érzi magát, úgy érzi, mintha voltaképpen már meghasadt lenne, bűnös és ártatlan egyszerre, már a saját érzékeiben sem bíz. Ehhez járul a lelkiismeret-furdalástól most még inkább gyötört és bosszantott felnőtt nyers viselkedése, amely a gyermeket még büntudatosabbá és még szegénykezőbbé teszi. A tettes csaknem mindig úgy viselkedik, mintha semmi sem történt volna, sőt még meg is nyugtatja magát azzal a gondolattal, hogy „ez csak gyerek, semmit sem tud, mindent el fog felejteni”. Nemritkán a csábító túl moralizálónak vagy vallásossá válik, és azt reméli, hogy szigorral még a gyermek lelki üdvét is meg tudja menteni.”¹¹

A gyermekek szexuális bántalmazásának többféle elfogadott definíciója van, ezek a szerint változnak, hogy milyen foglalkozású szakemberek fogalmazzák meg azt, mit

¹¹ Ferenczi Sándor: Nyelvezavar a gyermekek és a felnőttek között; in: dr. Buda Béla (szerk.): A pszichoanalízis és modern irányzatai; Gondolat könyvkiadó, 1971.

értenek e fogalmon, de ez az adott kortól és az adott ország kultúrájától, hagyományaitól is függ. A szexuális visszaélések közös eleme, hogy egy felnőtt olyan meghatározó, domináns hatalmi pozícióban van egy gyerekhez képest, ami lehetővé teszi számára, hogy a gyermeket szexuális tevékenységre vagy annak elszenvedésére készítse, vagy kényszerítse. A szexuális bántalmazás fogalmába beletartozik a gyermek nemi szerveinek tapogatása, simogatása, önkielégítés a gyermek előtt, orális szexuális kapcsolat létesítése, illetve bármilyen fajta közösülés a gyermekkel. A szexuális bántalmazás ténye nem feltétlenül jelenti a testi érintkezést, megvalósulhat magamutogatás, voájörizmus és gyermekpornográfia, szexuális tevékenység, videó mutatása, közös nézése során, vagy más formában is. Ide tartozik a szóbeli bántalmazás, e témakörrel kapcsolatos kérdések feltétele, illetve történetek mesélése, amely nem a gyerek korának és helyzetének megfelelő formában történik, és nem a gyerek érdemi segítségét jelenti ahhoz, hogy ismeretekkel rendelkezzen a szexualitásról, illetve meg tudja magát védeni a bántalmazástól, segítséget tudjon kérni, ha sérelem éri.

Nem elfogadható védekezés, hogy a gyerek is akarta vagy élvezte a tevékenységet, hiszen nem tudja, tudhatja, mibe vonják be, és az a tény, hogy nem tiltakozik, vagy örömet szerez neki, nem csökkenti a felnőtt felelősségét és vétkességét. A gyermekek sérelmére elkövetett nemi erkölcs elleni bűncselekmények akadályozzák a gyermek személyiségének harmonikus kibontakozását, boldog, szeretetteljes légkörben történő felnőtté válását, valamint az emberi méltóság, szabadság, egyenlőség, szolidaritás jegyében való nevelkedését. Az esetek többségében a szexuális visszaélés az áldozat felnőttkorára is kihat, és nehezíti, akadályozhatja, hogy egészséges felnőtt személyiséggé váljon.

A gyermeket érő szexuális abúzus, és ennek speciális esete az incestus, a gyermek és a felnőtt között fellépő kommunikációs zavarra vezethető vissza. A szexuális visszaélések gyakran öltik magukra a gyermek együttműködésének látszatát. A gyermek azonban nem szexuális tevékenységben kívánna részt venni - még akkor sem, ha a gyermeki közeledés, érzékiség emlékeztethet arra, amit a felnőtt szexuális vonzalomnak ismer -, hanem a vele szemben visszaélő, a gyermeket félreértelmező felnőtt testi, érzelmi szeretetére vágyik, összhangot keresve a biztonságot nyújtó felnőttel. A felnőtt által félreértelmezett gesztusokkal a gyermek feltétlen szeretetét és ragaszkodását adja tudtul, melyet a felnőtt szexuális vágyainak, erotikus jelrendszerének megfelelően értelmez.

A gyermekek családi élete nagymértékben meghatározza sorsuk további alakulását. A bántalmazottság, az abúzus sajátos pszicho-szocializációs utat jelent a felnövekvő gyermek számára. A bántalmazott gyermek megtanulja, hogy teste nem kizárólag önmagával azonos, hanem tárgy is, melyet a felnőttek saját - az övétől független, sokszor azokkal ellentétes - szexuális vágyaik kielégítésére használnak.¹²

Ennek a gyermeki ártatlanságnak, tisztaságnak, a felnőttel szemben tanúsított bizalomnak a megsértése, félreértelmezése a gyermekkel szembeni szexuális visszaélés.

A felnőtt hatalmi, tudásbeli, helyzeti előnyét kihasználva visszaél a gyermek bizalmával, szeretetigényét egyoldalú szexuális vágyainak kielégítésére használja. A gyermekkel szembeni szexuális visszaélés nem veszi figyelembe a gyermek vágyait, vagy azokat félreértelmezve használja fel, megkérdőjelezve ez által a gyermek saját énjét, megalázva

¹² A gyermekekkel szembeni szexuális visszaélésekről (Németh Margittal készített interjúk); Család-Gyermek-Ifjúság könyvek, 2002.

öt emberi méltóságában, kétségbe vonva a gyermek érzelmi és testi-szexuális szabadságát.

A gyermek sérelmére elkövetett érzelmi és szexuális visszaélés a tekintélyben rejlő hatalom kiterjesztésével olyan személyiséget eredményezhet, aki aláveti magát a fizikai és lelki erőszaknak, megaláztatásnak.¹³

Az áldozattá válás kockázati tényezői gyermekeknél

Az áldozattá válás kockázati tényezői között (a gyermekek esetében különösen) gyakran állnak családi működési zavarok, a szülők különböző személyiség patológiái, kapcsolati diszfunkciói. Így például:

- Érzelemszegény, elhanyagoló család
- Családjuktól, szüleiktől távol élő gyermekek (kollégium, nevelőszülők, intézet)
- Elutasító szülők
- Társadalmi elszigeteltség (alacsony iskolázottság, fogyatékoság, peremhelyzet)
- Már korábban meglévő pszichés problémák, vagy korábbi bántalmazás, traumatizáció

A gyerekek gyakran nem is értik, mi történik velük:

„Szoktam hazudni, mert félek a következményektől. De jó tanuló vagyok és csak kis dolgokban szoktam füllenteni. ... Este volt, anya kórházban szülte a kistestvéremet. ... Esett az eső, dörgött az ég, én nagyon féltem. ... F. (nevelőapa) azt mondta, feküdjek le és húzzam le a bugyimat. ... Ő is lehúzta. ... Miért kellett ilyet csinálnom, nem emlékszem.”¹³

A bántalmazást elszenvedett gyermekek gyakran nem csak a traumától sérülnek, hanem az azt követő eljárásoktól, a hibás környezeti reakcióktól. Az áldozatok sérülései szempontjából megkülönböztethetjük az elsődleges és a másodlagos traumatizációt.

Az elsődleges károsodás a szexuális bűncselekmény elkövetéséből ered, míg a másodlagos traumatizációt a szexuális bűncselekményre való informális, illetve formális reakciók hiánya vagy elhibázottsága váltja ki. Ez azt jelenti, hogy a cselekmény feltárása, illetve annak kivizsgálása során olyan eseményeknek és történéseknek lesz elszenvedője a gyermek, amik további lelki, fizikai sérülésekkel járnak.

Elsődleges következmények:

- Szorongás, depresszió, disszociatív zavar, PTSD, szégyen, bűntudat, érzelmi elsivárosodás, szomatikus zavarok, hiperaktivitás, hiper-arousal, traumatikus szexualizáció, stigmatizáció, árulás érzése, kontrollvesztés, szociális izoláció, stb. (részletesebb kifejtését lásd később).

¹³ Németh Margit, ESZTER Alapítvány, 2003.

Másodlagos következmények:

- A feltáratlan, kezeletlen trauma további sérülések, traumák táptalajává válhat.
- Az elhallgatás, a titok szociálisan izolálja az érintettet.
- A szexuális bántalmazás áldozatát a környezet hibás, vagy túlzott érzelmi reakciói is traumatizálhatják.
- A hatósági eljárások sorozata akkor is okozhat másodlagos sérüléseket, ha az teljesen jogszerű és humánus.
- Másodlagos károsodást eredményezhet az is, ha sem a nyilvánosság, sem a felelős hatóságok nem hisznek a gyermeknek, így a történet többszöri elmondatása által a gyermeknek újra és újra át kell élnie a történeteket.
- Az áldozat szociális és pszichikai károsodását tovább növelheti az, hogy a környezet súlyos társadalmi nyomást gyakorol a gyermekre. Sok esetben a család a gyermeket okolja a családi egység felbomlása és a családfő elvesztése miatt.

A klinikai és a gyakorlati tapasztalatok egyértelműen jelzik, hogy a gyermekkori visszaélések súlyosan romboló hatásúak a lelki és a testi fejlődésre rövid, illetve hosszú távon egyaránt.

A szexuális visszaélés gyermekekre gyakorolt kezdeti hatásai a szorongás és a félelem. Az áldozattá vált gyermekeknél alvási rendellenességek jelenhetnek meg: nem mernek egyedül aludni, visszatérő rémálmok gyötrik őket, halálvágyuk van. Félnak a felnőttektől, főleg az idegenektől. Néha kényszeresen mosakodnak és nem specifikus szorongási tünetek, például fokozott izgatottság, agresszív viselkedés jelentkezhetnek. A szorongáshoz szorosan kapcsolódik a szégyen és a bűntudat érzete, a fájdalom, a megéltek miatti megbélyegzettség érzése. A lelki sérüléseket fizikai panaszok is kísérhetik: fáradtság, étvágytalanság, fejfájás, éjszakai bevizelés.

Másrészt a szexuális visszaélés a pszichoszexuális fejlődésben is zavarokat okoz, és ennek jelei korán észlelhetőek. A gyermek az abúzus után fokozott szexuális vagy szexualizált tevékenységet mutathat, kényszeresen maszturbál, korai szexuális játékokat játszik, korát és fejlettségi szintjét meghaladó szexuális ismeretekről tesz tanúbizonyságot, valamint nyílt szexualizált kezdeményezései lehetnek a felnőttek felé.

Ennek az ellenkezője is történhet, amikor a gyermek drasztikusan visszahúzódik, romlik a tanulásban nyújtott teljesítménye, óvodásoknál gyakori, hogy nem akarnak részt venni a csoportos, közösségi játékokban.

A következmények mértékét befolyásoló tényezők

- Fontos szerepet játszik a gyermek életkora az abúzus idején. Minél fiatalabb a gyermek – fejletlenebbek értelmi funkciói és lelki védekező mechanizmusai -, annál sérülékenyebb, a visszaélés hatása annál súlyosabban károsító lehet.
- A visszaélés által okozott sérülések mértéke függ a visszaélés tartósságától is, hiszen a hosszabb ideig tartó visszaélés fokozza a gyermekáldozat kiszolgáltatottság, illetve tehetetlenség-érzését.
- Az abúzus súlyossága is meghatározó fontosságú, hiszen minél súlyosabb, kiterjedtebb a bántalmazás, annál károsabbak a következmények.
- A gyermekek szellemi-értelmi fejlettsége és egészségi állapota is nagymértékben meghatározza a szexuális abúzus által okozott sérülések mértékét. Azoknak a gyermekeknek, akiknek pszichés fejlődése a visszaélés előtt kiegyensúlyozott volt, nagyobb az esélye a károsító hatások kivédésére, illetve feldolgozására.
- A szexuális abúzus tényleges hatását az elkövetőhöz *fűződő* viszony is jelentősen befolyásolja. Minél közelebbi kapcsolatban áll az áldozat a felnőtt elkövetővel, annál nagyobb traumát okoz a visszaélés. Családon belüli elkövetés esetén a gyermek megoldhatatlannak tűnő ellentmondásokkal, ambivalenciákkal szembesül. Azt éli meg, hogy akiről azt hitte, hogy szereti őt - és akit a gyermek is szeret - veszélyes is egyben. Idegen elkövető esetében a „rossz” a családon kívül áll, így a család biztonságot, védelmet jelent a gyermek számára.
- Végül a környezet akciói és reakciói, amikor a bántalmazás kiderül, jelentősen befolyásolhatja a traumával való megküzdés képességét.

3. A családon belüli erőszak és háttértényezői

Rendszeresen visszatérő cselekvéssor, mely során valaki hozzátartozója testi-, lelki épségét veszélyezteti, károsítja, önrendelkezésében, szexuális önrendelkezésében korlátozza.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Iránya <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Partnerbántalmazás <input type="checkbox"/> Gyermekbántalmazás <input type="checkbox"/> Szülőbántalmazás <input type="checkbox"/> testvérbántalmazás | <ul style="list-style-type: none"> • Fajtái <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lelki terror <input type="checkbox"/> Fizikai bántalmazás <input type="checkbox"/> Szexuális bántalmazás <input type="checkbox"/> Elhanyagolás |
|--|--|

Családi háttértényezők:

- a. Sok együtt töltött idő, kis tér, kevés erőforrás
- b. Túlzott érzelmi bevonódás – extrém kritika, a negatív érzések aránytalan kifejezése

- c. Alacsony konfliktusmegoldó színvonal, érdeklődéskor kevés eszköz a megoldásra – büntetés, kényszerítés
- d. Bizonytalan, tisztázatlan szerepek, jogok (rekonstruált családok)
- e. Túlságosan merev szerepek, elvárások
Szülő – követel, gyermek – engedelmeskedik
- f. Stressz – külső, belső, átmenetek, válságok
- g. Alacsony szociális kontroll – privát szféra, szabályozás eltorzulhat
- h. Egymás hosszú távú ismerete – sérülékenység, bűnbakképzés

a. Szocio-kulturális modell

Társadalmi-, gazdasági körülmények meghatározók;

Létbizonytalanság szerepe

b. Pszichopatológiai modell

Az egyén képtelen kontrollálni agresszív impulzusait – éretlen, dependens, depresszióra hajlamos

c. Az erőszak átadásának transzgenerációs modellje

- Tanult minta
- Destruktív jogosultságok (Böszörményi N.I.)

d. Szociális tanulásemélet

Társas meghatározottság elve;

A környezet normái, elvárásai támogatnak, vagy elutasítanak bizonyos viselkedést;

A társadalmi megítélés változása;

Az erőszak elítélésének visszatartó ereje

IV. Az áldozatok speciális szükségletei, áldozatsegítés, gyermek áldozatokkal való bánásmód

Az áldozattal való kapcsolatfelvétel, az információgyűjtés, a tájékoztatás és együttműködés eltérhet a más bűncselekmény áldozataival való munkában tapasztaltaktól. A megszokott kérdezős, illetve interjúzási technikához képest több időt kell hagyni a szabad közlésre. A bántalmazott áldozattal való kapcsolatban az ellátás során kiemelten kell alkalmazni a segítői kompetenciákat, készségeket.

A krízisállapotban lévő segítése:

1. A segítségnyújtás tárgyi, személyi feltételei
2. A segítségnyújtás folyamata
 - Megnyugtató
 - Informálás, tájékoztatás
 - Bűntudatcsökkentés
 - Konfrontáció kerülése
 - Megfelelő ellátóhelyre való eljuttatás
 - Utánkövetés

Az áldozatsegítés eszközei:

Nem megélt attitűd	Az egész személyre való reagálás
Aktív figyelem	Feltétel nélküli elfogadás
Gondoskodó viszonyulás	Célok kitűzése, realitás képviselete
Alternatívák ajánlása	Saját szükségletek ismerete
Empátia	Helyes intervenciók
A segítségkérő tisztelete	Támasznyújtás
Bizalom	Titoktartás

Aminek még tudatában kell lennie a segítőnek:

Saját

Értékei	Figyelési készségei
Testbeszéde	Szükségletei
Korlátai	Hangulata
Erősségei	Gyenge pontjai
Sztereotípiái, torzításai	Képességei

Ami bátorítható a kliensnél:

Értékek átélése	Önértékelés
Pozitív változás	Szolidaritás érzés
Gondoskodás érzése	Támogatás érzése
Kölcsönös emberség	Különbözőségek tisztelete
Őszinteség	Remény érzése
Bizalom	Gyógyulás lehetőségének érzése
Önismeret	

Amit tudnunk kell arról, akivel dolgozunk:

Aktuális problémája	Elképzelései
Lehetőségei	Értékei
Életstílusa	Elvárásai
Személyes céljai	Testbeszéde
Érzései	Kulturális háttere
Speciális igényei	Erőforrásai

Tárgyi, személyi feltételek

Az **interjú helyszínét** – a lehetőségekhez képest – úgy kell megválasztani, illetve kialakítani, hogy az biztonságos és megnyugtató legyen. A helyiségben csak azok tartózkodjanak, akik a beszélgetésben részt vesznek. Biztosítani kell a zavartalanságot, azt, hogy a beszélgetést ne zavarja meg telefon, mázskálás, stb. Lehetőleg ne asztal mögött üljünk. Az interjút lehetőség szerint azonos nemű **szakember** folytassa le. Ez különösen fontos akkor, ha – a férfi bántalmazó miatt – a bántalmazott idegenkedik a férfi szakembertől. (Ennek jelei lehetnek: megmondja, hogy nem szeretne férfi kolléga előtt beszélni, szorong olyan helyzetben, amikor kettesben van egy férfivel, testbeszéde, tekintete zavart árul el, a férfi jelenlétében, stb.).

Az első interjú sajátosságai:

- Mondjuk el, tegyük egyértelművé a beszélgetés célját (szeretnénk megismerni a történetét azért, hogy megszüntethető legyen a bántalmazottság állapota, és enyhíthetők a következményei).
- Alkalmazzuk az interjúzás általános szabályait, de hagyjunk több időt a bántalmazott számára a szabad közlésre. Hagyjuk őt szabadon, a saját ritmusában beszélni, és legfeljebb tisztázó kérdéseket tegyünk fel.
- A beszélgetés során próbáljuk oldani büntudatát. Önvádoló megjegyzéseit ne hagyjuk szó nélkül, reagáljunk rá, elítélve a bántalmazás minden módját. Már itt fontos annak tudatosítása, hogy az elkövető a bűnös, a bűn őt terheli!

- Adjunk lehetőséget az érzelmek megjelenésére. Ne ijedjünk meg az áldozat érzelmi kitöréseitől (sírás, kiabálás, bántalmazóval szembeni indulatosság), hagyjuk azokat lecsengeni. Ha adott helyzetben az interjút a bántalmazott nem tudja tovább folytatni, biztosítsuk róla, hogy a helyzetét megértjük, és helyezzünk kilátásba a beszélgetés folytatását.
- Az ügykezelés során ne próbáljunk apró részleteket megtudni a bántalmazás körülményeiről.

Javaslatok a bántalmazás áldozatává vált gyermekkel való interjú készítéséhez

- Teremtsünk biztonságos környezetet és légkört!
- Nyugtassuk meg a gyermeket!
- Tisztázzuk a helyzetet és a célokat!
- Legyünk őszinték!
- Használjunk érthető nyelvezetet!
- Olyan szavakat használjunk, ami a gyerek életkorának megfelel!
- Segítsük, hogy tudjon beszélni!
- Használjunk babákat, vagy rajzoltassunk!
- Ne tegyünk fel rávezető kérdéseket!
- Kérdezzük meg, ő mit szeretne!
- Csökkentsük a gyermek szorongásait, bűntudatát!
- Ne befolyásoljuk a gyermeket!
- Ne fenyegezzük az elkövetőt, de jelezzük, hogy ami történt, az számunkra is elfogadhatatlan!
- Helyezzük háttérbe magunkat!
- Ne lépjük át saját kompetencia-körünket!
- Ne döntsünk egyedül!
- Keressünk támaszt a magunk számára is!

Az első találkozás kulcsélmény (lehet) a gyermek számára. Itt alapozódhat meg a bizalma, illetve hite abban, hogy akarunk és tudunk segíteni helyzetén. Az első beszélgetésben sok információ rejlik állapotáról, helyzetéről, stb. A bántalmazott gyerekekkel folytatott beszélgetés során ezért - mint egyébként minden segítő helyzetben - különösen fontos a **biztonságos környezet és légkör megteremtése**. Itt is feltétlenül biztosítanunk kell a zavartalanságot. Lehetőleg ne üljünk asztal mögött - kisgyermeknél ülhetünk együtt a földön is -, bátorítsuk a gyereket, tartsunk vele szemkontaktust. Az érintésekkel, simogatással viszont óvatosan bánjunk! Vannak gyerekek, akiket ez megnyugtat, másokat azonban elriaszthat. Ha van rá lehetőség, és a gyermek igényli, akkor a szülők legyenek jelen. Ha ez nem lehetséges, akkor mondjuk el a gyermeknek, hogy szülei miért nincsenek most vele. Mivel nehéz egy idegennel beszélnie, biztosítsunk lehetőséget arra, hogy olyan

feelnőtt is legyen jelen az interjú alkalmával, akit a gyermek ismer és bizalmába fogadott. Természetesen mindezt csak akkor tegyük, ha a gyermek igényli.

A legtöbb bántalmazott gyermek összezavarodott, **zaklatott állapotban van**. Gyakran tapasztalhatjuk a krízisállapot jellemzőit (felfokozott feszültség, szorongás, beszűkült tudatállapot, kimerült fizikai és mentális státusz). Súlyosabb esetekben a PTSD (Poszt traumás stressz szindróma) jellegzetes tüneteit is észlelhetjük (trauma ismétlődései az emlékekben, játékban, szorongásos rémálmok, ingerlékenység, dühkitörések, félelem, idői- és történeti torzulások, stb.). Elsődleges fontosságú, hogy **megnyugtassuk a gyereket**, és biztosítsuk őt a támogatásról. A gyereket azzal tudjuk megnyugtatni, amit mondunk, és amit teszünk, illetve, ahogyan mondjuk és tesszük ezt. Igyekezzünk ezért magunk is nyugodtan, kiegyensúlyozottan viselkedni, ez megnyugtató a gyermek számára is. Először csak egyszerű, könnyen megválaszolható kérdéseket tegyünk fel (olyanokat, amelyekre tudjuk a választ, pl.: hogy hívnak, ki kísért el, hogy érzed magad, stb.). Ezekre a kérdésekre keresztül vesszük fel a kontaktust, illetve teszteljük a gyermek állapotát. Fokozatosan és tapintatosan tudakoljuk meg, hogy mi történt vele, mitől tart, mit érez, stb. Újra és újra biztosítsuk őt támogatásunkról és arról, hogy biztonságban van. Amikor a gyerek beszélni kezd arról, hogy valaki molesztálta, zaklatta őt, hallgassa figyelmesen és kérdezzen nyugodtan. Kerülje viszont a hosszas kikérdezéseket, "vallatásokat", és az indulatos, hitetlenkedő kijelentéseket. ("Ez hihetetlen!", vagy "Egyszerűen nem értem, hogyan történhetett ez meg veled!", stb.) Inkább bátorítsa, mondja el, hogy tudja milyen nehéz volt erről beszélnie. Jelezheti, hogy szeretne többet tudni, de ne mondja el helyette a történeteket. Ha a gyermek állapotát súlyosnak ítéljük, rövid tájékozódás után vonjunk be (speciálisan) képzett szakember(ek)e)t.

Alapelv: **a gyerek nem hazudik**, ha ilyen komoly dologról van szó. Higgyen neki és feltétel nélkül támogassa őt!

Fontos, hogy a gyerek számára érthetően **tisztázzuk e helyzetet**, amiben vagyunk és a **célokat**. Mondjuk el neki, hogy miért beszélgetünk vele, miért érdekelnek minket a vele történetek, és azt is, hogy az a célunk, hogy segítsünk neki. Mondjuk el, hogy milyen lehetőségeink vannak, hogy mi miben tudunk segíteni, hogy mi fog még történni vele a továbbiakban (más szakemberek bevonása, stb.). Törekedjünk arra, hogy a gyermekkel lehetőleg ugyanaz az ember foglalkozzon, és ne kelljen sokszor, részletesen beszámolnia a vele történetekről. Gyerek szexuális bántalmazása esetén is javasolt általában, hogy a segítő a gyermekkel azonos nemű legyen.

Beszéljünk a gyerek nyelvén, az ő számára érthető formában. Használjunk olyan szavakat, kifejezéseket, amelyek életkorának megfelelőek, amelyeket biztosan megért. Ha a gyermek furcsa, vagy oda nem illő kifejezéseket használ, próbáljuk megérteni, hogy mire gondol. Rövid kérdéseket tegyünk fel, amelyek nem túl összetettek, egyszerűen megfogalmazottak. Kicsi gyermekek esetében, vagy ha a beszéd akadályozott, használhatunk babákat és egyéb tárgyakat a történetekben való tájékozódásra.

A gyermekek **gyakran éreznek büntudatot, felelősséget** azért, ami velük történt. Nem ritkán saját szégyenükként, tehetetlenségükként, értéktelenségükként élik meg az eseményeket. Különösen jellemző ez a családon belüli bántalmazás esetében. A gyermekek érzelmileg kötőd(het)nek a bántalmazóhoz. A szeretet és a félelem egyidejűleg van jelen érzelmvilágukban. Gyakran lojálisak a bántalmazóval, védik a családot a széthullástól, az elkövetőt a börtöntől, stb. Annak érdekében, hogy a gyermeknek ne legyen büntudata, ne vádoljuk őt, hogy hibázott, és ne ijesszük meg az esetleges következményekkel. Éppen ellenkezőleg: erősítsük meg abban, hogy ami történt, az **nem az ő hibája, nem ő a felelős** a bántalmazásért, elhanyagolásért, vagy a nyomozással feltárt események következményeiért. Biztosítsuk arról, hogy ő nem tehet a történetekről. Ez azonban csak akkor lesz a gyerek számára hiteles és meggyőző, ha ezt valóban így gondoljuk.

Az interjú készítésekor törekedjünk arra, hogy **ne befolyásoljuk a gyereket.** A beszélgetés során ne tegyünk fel szuggesztív, sugalmazó kérdéseket. Hallgassuk figyelmesen, és kérdezzük nyugodtan. Bátoríthatjuk, hogy tudjuk, hogy milyen nehéz erről beszélnie, és jelezhetjük, hogy többet szeretnénk tudni arról, ami történt. De ne mondjuk helyette el a történetet, ne adjuk a szájába a szavakat. Ne vádoljuk az elkövetőt, ne helyezünk kilátásba büntetéseket. Ne bátorítsuk arra a gyermeket, hogy szüleivel ellentétes oldalra helyezkedjen, ne sugalljuk neki, hogy azt gondoljuk, a szülei rosszak, veszélyesek, felelőtlenek, vagy hanyagok, stb. Jelezzük, hogy az egész családnak akarunk segíteni abban, hogy megoldják problémáikat.

Saját élettörténetünk, értékrendünk, kulturális háttérünk, vallási, vagy egyéb meggyőződésünk természetesen jelen van munkánk során. Legyünk ezzel tisztában, és maradjunk nyitottak az információ felé. Ne értékeljük, vagy minősítsük a történeteket. Ne akarjunk igazságot tenni, vagy tisztázatlan kérdéseket eldönteni. Ugyanígy távol kell tartanunk személyes nehézségeinket, aktuális problémáinkat is.

Ne árásszuk el a gyereket, ne "fojtogassuk" saját érzéseinkkel, vagy annak folytonosan ismételtetésével, milyen szörnyű is az, ami történt. Ennek ugyanis - a félelmet, szorongást növelő hatásán túl - az lehet az "üzenete" a gyerek számára, hogy abból, ami vele történt, nincs gyógyulási, felépülési lehetőség.

Ne lépjük át saját kompetencia-körünket.

Mindig **kérdezzük meg a gyermeket**, ő mit szeretne, vonjuk be az őt érintő kérdésekbe (természetesen életkorának megfelelő szinten). Keressük meg az őt támogató hozzátartozókat, felnőtteket és vonjuk be őket a folyamatba. Vegyük fel a kapcsolatot azokkal a szakemberekkel, akik a gyermek komplex ellátását elősegítik.

Éljünk minden olyan lehetőséggel, mely szakmai munkánk színvonalát biztosítja (szupervízió, esetmegbeszélés, stb.).

V. Irodalomjegyzék

- Caplan, G.: Principles of preventive psychiatry; Basic Book New York, 1964.
- Hajduska Mariann: Krízislélektan; ELTE Eötvös kiadó, 2008.
- Dr. Csiszér Nóra előadása a krízisállapotokról „Van segítség!”, Áldozatsegítő modellprogram, Eszter Alapítvány, 2007 Göd
- Balikó Márta: Tele(pszicho)fon; Animula 1990.
- Ferenczi Sándor: Nyelvzavar a gyermekek és a felnőttek között; in: dr. Buda Béla (szerk.): A pszichoanalízis és modern irányzatai; Gondolat könyvkiadó, 1971.
- Herman, J.L.: Trauma és Gyógyulás, Háttér Kiadó - Kávé Kiadó - NANE egyesület, Budapest, 2003.
- Child Mental Health and Child Abuse – Konferencia, Budapest, Hungary, 1996. november 17-21.
- Buda Béla (szerk.): A pszichoanalízis és modern irányzatai, Gondolat Könyvkiadó, 1971.
- Németh Margittal készített interjúk: A gyermekekkel szembeni szexuális visszaélésekről, Család – Gyermekek – Ifjúság könyvek, 2002.
- Németh Margit :Tanácsadás szexuálisan bántalmazott kliensek körében./Szakdolgozat/ ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Tanácsadó szakpszichológus szak, Krízis Szakirány, 2006
- DSM-IV Text Revision, Animula Egyesület, 2000., 176-178.o.
- Salter, A.: Transforming Trauma. A Guide to Understanding and Treating Adult Survivors of Child Sexual Abuse, Sage Publications, Inc., 1995.
- Malchiodi, C.A.: A gyermekrajzok megértése, Animula Kiadó, 2003., 97.o.
- Shapiro, F.: Eye Movement Desensitization and Reprocessing,

VI. Ajánlott irodalom

- Judith Herman: Trauma és gyógyulás (Háttér-Kávé-Nane, 2003)
- Menekültek, hazatérők és belső menekültek elleni szexuális és nemi alapú erőszak (UNHCR, 2003)
- Böszörményi-Nagy Iván – Barbara R. Krasnár: Kapcsolatok kiegyensúlyozásának dialógusa (Coincidencia, 2001)
- Thomas Schäfer: Ami a lelket megbetegíti és ami meggyógyítja {Bert Hellinger munkásságáról} (Bioenergetic, 2001)
- Torey Hyden: Szellemlány (Göncöl, 2009)
- http://www.ogyei.hu/upload/files/gyermekb_modszertani_ajanlas.pdf
- http://www.tegyesz.hu/file/Szakmai_informaciok/Kiadvanyok/modszertani_segedlet_2012.pdf

Filmek

- Peter Strickland: Varga Kata balladája
- Roman Polanski: A halál és a lányka
- Thomas Vinterberg: Születésnap