

ESZTER Alapítvány
Nyilvántartási szám: 00827-2011
TÁMOP 5.6.1.C-11/1-2011/0003

KÉZIKÖNYV

az **ESZTER Közhasznú Alapítvány**
„Személyes gondoskodást végzők kompetenciafejlesztése az erőszakcselekmények következtében traumatizált személyek és környezetük ellátásához” elnevezésű
továbbképzéséhez

Készítette: Dr. Virág György
Németh Margit

Budapest, 2013

TARTALOM

PSZICHOTRAUMA ÉS KRÍZIS AZ ERŐSZAKCSELEKMÉNYEK ÁLDOZATAINÁL	5
1. Mi történik azzal, aki bűncselekmény áldozatává vált, milyen állapotban van, hogyan hatnak rá a történetek rövid és hosszú távon?	5
<i>Fiziológiai hatások</i>	8
<i>Pszichológiai hatások</i>	8
<i>Viselkedéses változások</i>	9
2. Mire (milyen segítségre) van szükségük az erőszakcselekmények (családon belüli erőszak, szexuális abúzus, közösségi krízisek stb.) áldozatainak, melyek az ellátásuk speciális vonatkozásai a szociális munkában?	12
A CSALÁDON BELÜLI ERŐSZAK	18
1. A családon belüli erőszak fogalma	18
2. A családon belüli erőszak fajtái, tipizálása	19
<i>A bántalmazás jellege szerint</i>	19
<i>A sértett szerint</i>	20
3. A családon belüli erőszak a számok tükrében – adatok, eredmények	21
4. Elméletek a családi erőszak magyarázatára	23
4.1. Pszichológiai, pszichoanalitikus elméletek	23
4.2. Szociológiai elméletek	23
<i>Erőforrás elmélet</i>	24
<i>Csere/kontroll-elmélet</i>	24
<i>Patriarchátus-elmélet</i>	24
4.3. Szociális tanuláselmélet	25
5. A családon belüli erőszak kezelése, megelőzése	26
6. A hazai helyzet – a családi erőszak jogi környezete Magyarországon	27
SZEXUÁLIS BÁNTALMAZÁS (ERŐSZAK, VISSZAÉLÉS)	28
1. A sértettek – kor, nem, kapcsolat az elkövetőkkel	28
2. A latencia	29
3. A következmények	30
4. Ami a felismerést segítheti – figyelmeztető jelek, „tünetek” (gyermek abúzus)	32
5. Ami a megfelelő reagálást segíti – a segítő reakció	33
6. Ami a feldolgozást elősegíti	34
Irodalom	35

TARTALOM

A Kézikönyv anyaga a továbbképzés tematikáját követve, annak három fő témaköre szerint tagolja az alapvető, összefoglaló ismereteket. A három téma összefügg, ezért elkerülhetetlen átfedéseket tartalmaz. A családon belüli erőszak és a szexuális erőszak/visszaélés maguk azok az összetett krízishelyzetek, amelyek során a bűncselekmények áldozatai sérüléseket szenvednek el, traumatizálódnak. A szexuális bántalmazás gyakran és tipikusan családi környezetben valósul meg. A bántalmazások során elszenvedett traumák megelőzése, kezelése, a sértettek megfelelő segítése egyaránt igényli – egyebek között – a helyzetek sajátosságainak és a következmények természetének ismeretét. Didaktikai okokból a három, egymással szorosan összefüggő témát elkülönítve, külön problémákként tárgyaljuk.

PSZICHOTRAUMA ÉS KRÍZIS AZ ERŐSZAKCSELEKMÉNYEK ÁLDOZATAINÁL

1. Mi történik azzal, aki bűncselekmény áldozatává vált, milyen állapotban van, hogyan hatnak rá a történetek rövid és hosszú távon?

A kérdésre általános szinten nehéz korrekt választ adni. A „bűncselekmény” és az „áldozat” ugyanis elvont, általános fogalmak, a konkrét bűncselekmények pedig – természetük, súlyuk függvényében – igen különböző sérelmeket okoznak és eltérő hatást gyakorolnak a sértettekre. Mi több, az egyes „konkrét” áldozatok is különböző módon és mértékben képesek elhárítani vagy feldolgozni a sérelmükre elkövetett **cselekmények** következményeit. Vannak olyan bűncselekmények, amelyek hatása, következménye jellemzően súlyos. Ide tartoznak az élet elleni **cselekmények**, a szexuális támadások és az egyéb erőszak**cselekmények** (különösen, ha gyermek vagy idős az áldozat). És vannak olyan kiemelten sérülékeny csoportok, amelyek – különböző okok miatt – védtelenebbek a támadásokkal szemben. Ide sorolhatók például a rossz szocio-ökonomia státuszban lévők, a hajléktalanok, illetve a már említett idős és gyermek korcsoportok. Az azonos vagy hasonló **cselekmények** hatása is különbözhet az egyes áldozatok esetében.

Skogan szerint négy kulcstényező határozza meg a viktimizáció hatásainak eltérését: az izoláció, a rendelkezésre álló források, a sérülékenység és a korábbi tapasztalatok. (Skogan, 1986:140–143; id. Zedner, 2002:429) Az izolált, elszigetelt élet – valóságosan és a megélés szintjén is – csökkentheti a védettséget. Aki egyedül él, család, barátok nélkül, kiszolgáltatottabbnak érzi magát: jobban fél attól, hogy bűncselekmény áldozatává válik és fokozottabban éli meg az őt ért hatásokat, mint az, akit barátok, hozzátartozók segítenek. A rosszabb anyagi helyzetben élők, a szűkösebb forrásokkal rendelkezők számára

nyilván nagyobb terhet jelent a bűncselekménnyel okozott kár reparálása. Esetükben annak a valószínűsége is kisebb, hogy van biztosításuk, ami az anyagi veszteséget részben vagy egészben megtérítheti. A *sebezhetőség* (és ennek következtében a kiszolgáltatottság) általános érzése a nők, a kisebbségben élők vagy a szegények esetében szintén növelheti az elszenvedett bűncselekmény hatását. Sérülékenyebb, aki nem képes ellenállni, vagy megvédeni magát, vagy aki helyzeténél fogva kiszolgáltatott pozícióban van. Az ismétlődő vagy többszörös áldozattá válás hatásai összeadódnak, az újabb viktimizáció fokozhatja a korábbi hatását. Ez azért is fontos, mert egy vizsgálat adatai szerint az áldozatok 4 százaléka az összes bűncselekmény 44 százalékának a sértettje. A bűncselekmény azokra is hatással lehet, akiket nem közvetlenül érint, vagyis a másodlagos vagy indirekt áldozatokra. Ilyenek az élet elleni vagy erőszakos szexuális bűncselekmények áldozatainak családtagjai, vagy a súlyos bűncselekmények szemtanúi.

A súlyos bűncselekmények áldozatai a szokásos életeseményeket, a mindennapi élettapasztalatokat jelentősen meghaladó, gyakran magát az életet veszélyeztető (vagy ilyennek megélt) helyzet részesei. A balesetekhez, katasztrófákhoz, háborús élményekhez hasonlóan a bűncselekmények (különösen a súlyos erőszakos bűntettek) is *traumatogén hatásúak*, vagyis komoly érzelmi és pszichés sérülést (pszichotrauma) okozhatnak.

A módosított DSM-IV (DSM-IV-TR)¹ nozológiai rendszerében a szorongásos zavarok között helyezték el az „*Akut stressz-zavart*” és a „*Poszttraumás stressz zavart*” (PTSD). (DSM-IV text revision, 2001:176–180) Ezek közös sajátossága, hogy egy kivételes stresszt okozó életesemény (így például egy szenvedő félként vagy tanúként átélt bűncselekmény) átmenetileg vagy tartósan fennmaradó *stresszreakciót* vált ki, alkalmazkodási zavart eredményez.² Az *akut stresszreakcióról* a negatív stresszhelyzetet *közvetlenül követő* átmeneti zavar esetében, míg a *poszttraumás stressz-zavarról* a megrázó eseményre (katasztrófa, szexuális erőszak stb.) adott *elhalasztott, késői, tartósan fennmaradó* stresszválasz esetén beszélünk.

¹ A *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APT) által a szakemberek számára kiadott kézikönyv, amely a mentális (pszichiátriai) rendellenességek kategóriáit és diagnosztikai kritériumait tartalmazza. A hivatalos kódrendszer (ICD – *International Code of Disease*, vagy BNO – *Betegségek Nemzetközi Osztályozása*) mellett a DSM-et az Egyesült Államokon kívül a világ számos helyén használják a klinikusok és a kutatók, de a biztosító és gyógyszerészeti társaságok is, csakúgy, mint a szociálpolitikusok. Az először 1952-ben kiadott DSM-nek eddig öt szövegrevíziója volt, a jelenlegi, 1994-ben publikált DSM-IV-nek 2000-ben jelent meg a DSM-IV-TR elnevezésű revíziója; jelenleg ez az utolsó változat.

² A *stressz* eredetileg – a Selye János nevéhez fűződő stressz-koncepcióban – a szervezetnek az ingerekre adott nem specifikus válasza. Szélesebb értelemben ezért stressz minden újszerű, új választ, alkalmazkodást igénylő helyzet (van tehát „jó”, pozitív stressz – „*eustressz*” – is, ami energetizál, stimulál, erőt ad, a kreatív energiákat felszabadítva segít a veszélyfelismerésben és a védekezés mozgósításában), a szűkebb vagy hétköznapi használatban azonban csak a – Selye által *distressznek* nevezett – negatív stresszt értjük alatta. Ez a kontrollálhatatlan, megoldhatatlan helyzet vagy kapcsolat, az állandó túlterhelés, a megoldatlan konfliktusok okozta feszültség, szorongás. Vagyis az olyan problémák, helyzetek, amelyek félelmet, szorongást, tehetetlenséget, cselekvésképtelenség-érzést váltanak ki, testi, érzelmi tüneteket eredményeznek, és/vagy pszichoszomatikus betegségekhez vezethetnek.

A **pszichés trauma** egy lélektanilag kritikus állapot – *krízishelyzet* – „terméke”, következménye.³ Akkor következik be, amikor az adott veszély nem hárítható el: nincs lehetőség az ún. aktív elkerülő magatartásra, az „*üss vagy fuss*” („*fight or flight*”) típusú válaszra. Az egyén az érintett helyzetből nem tud elmenekülni, és a szokásos problémamegoldási eszközei, a rendelkezésére álló megküzdési (*coping*) stratégiák alkalmazásával sem képes a veszéllyel szembeszállni, megbirkózni.

A **PTSD** annak a következménye, hogy valaki olyan megrázó eseményt él át (vagy olyannak tanúja), amellyel szemben nincs cselekvési lehetősége, és amelyre ezért intenzív félelemmel, tehetetlenséggel vagy rémülettel reagál. A PTSD jellegzetes tünete az elkerülhetetlenek és vég nélkülinek tűnő *ismétlődés*: a trauma visszatérő újraélése kontrollálhatatlanul betörő emlékekben, gondolatokban, érzésekben, álmokban és rémálmokban, rémületet és szenvedést okozó kényszerű visszaemlékezésekben. Mint ha egy sajátos „ismétlési kényszer” során a szervezet újra és újra visszajátszaná, megismétné a trauma filmfelvételét, abban a mágikus hitben, hogy így egyszer felülkerekedhet rajta, vagy az ismétlések során begyógyíthatja a sérülést.

A traumatizált ugyanakkor más, ellentétes védekezési mechanizmusokkal is próbálkozik: igyekszik távol tartani magát az emlékeitől, tartósan és fóbiás félelemmel, szorongva *kerüli* a traumával összefüggő ingereket, az arra emlékeztető cselekvéseket és helyzeteket (a helyeket, emlékeket, gondolatokat, beszélgetéseket stb.). Gyakran egyfajta amnéziával is küzd: képtelen visszaemlékezni, nem képes a történeteket tudatosan felidézni. A legijesztőbb éppen a kontrollálhatatlanság: hiába tesz meg mindent a felejtés és a felidézés elkerülése érdekében, az emléktöredékek váratlanul és ellenőrizhetetlenül újra és újra betörnek. Az áldozat, hogy töredezett, sérült és védetlennek érzett énjét óvja a további sérülésektől, magába fordul, bezárkózik, érzelmileg *beszűkül*. Az elszemélytelenedés és elidegenedés élménye, a jövővel kapcsolatos reménytelenség és kilátástalanság tölti el. Mindez fokozott szorongással és félelemmel jár, alvási és étkezési zavarok, irritabilitás és látszólag indokolatlan dühkitörések kísérhetik. Sokszor szétesettség, koncentrációs zavarok és állandó fokozott készenléti állapot tapasztalható. A depresszív jellegű tünetek mellett nem ritkák az öngyilkossági gondolatok sem. A PTSD jelentős szenvedést és a társas, munkahelyi és más fontos funkciók romlását vagy teljes kiesését okozhatja.

³ A stresszhez hasonlóan a „*krízis*” is többnyire negatív konnotációjú fogalom. Köznapi értelemben *válságot*, megterhelő, nehéz helyzetet – „*vészhelyzet*” – értünk alatta, vagyis az egyén szintjén olyan kritikus szituációt, traumatikus vagy stresszel teli változást, amellyel valaki nem, vagy nehezen tud megbirkózni, amely felemésztja az energiáit, és egyensúlyvesztéshez vezet. Pedig lélektani értelemben a krízis csupán *változás*. Minden jelentős változás – így a pozitív érzelmekkel kísért is, például egy házasságkötés –, amely új feltételeket hoz létre, új alkalmazkodásokat, a korábbitól eltérő viselkedések, szokások kialakítását igényli; krízis. Minden fejlődés az egyén életében kríziseken, vagyis változási válságokon keresztül történik, ami választási lehetőségeket kínál.

Az erőszakos bűncselekmények áldozatai közül a **szexuális erőszak áldozata** is jellemzően súlyos traumát él át. Az elháríthatatlan, sokszor az életet is fenyegető támadás a sérülékeny intimszférában éri; az erőszak a testébe hatol. A poszttraumás klinikai kép speciális jellemzőit először *Burgess* és *Holmstrom* írták le önálló entitásként, *Rape Trauma Syndrome* (RTS), Megerőszakolási Trauma-tünetegyüttes néven. (Burgess – Holmstrom, 1974) A RTS lényegében a PTSD speciális változata, fő jellemzőit a szerzők a következő pszichológiai, viselkedéses és fiziológiai hatásokban jelölték meg.

FIZIOLÓGIAI HATÁSOK

Testi panaszok; a problémák közül általában ezek oldódnak meg a leghamarabb, napokkal vagy hetekkel a támadást követően. Széles skálájú, nem specifikus tünetek tartoznak ide, amelyekkel gyakorta fordulnak a körzeti orvoshoz. A tünetek és az erőszak közötti lehetséges kapcsolat ismerete azért is fontos, mert a szexuális bűncselekmények körében kiemelkedően magas a látencia, így a szomatikus problémák miatt megkeresett orvos lehet az első olyan személy, akit az áldozat a bizalmába fogad, és aki így az első segítő lehet. A fiziológiai hatások közé tartoznak:



- a) *Alvásproblémák* – álmatlanság, felriadás, rémálom. A rémálmokat – különösen a korai napokban – az élénk és ijesztő képek (gyakorta az erőszak képei) jellemzik.
- b) *Étkezési problémák, gyomor-bél rendellenességek* – nyelési nehézségek, hányinger, étvágytalanság, súlyvesztés (súlyosabb esetekben anorexia).
- c) *Menstruációs zavarok*
- d) *Általános nem-specifikus panaszok* – gyengeség, szédülés, bágyadtság, rossz közérzet, vizeelési nehézségek vagy fájdalmak, fokozott izomtenzió.

PSZICHOLÓGIAI HATÁSOK



- a) *Depresszió és sírás*. Utóbbi gyakorta a szomorúság szubjektív érzete nélküli is megjelenik. A legkisebb provokáció is zokogást válthat ki, az áldozat éjjel arra ébredhet, hogy sír.
- b) *Generalizált szorongás*. Legenyhébb formájában az áldozat csupán fokozott sérülékenység-érzésről és nyugtalanságról számol be, súlyosabb esetben a szorongás fóbiákban manifesztálódik.

- c) *Fóbiák.*⁴ A megjelenő fóbia az erőszakkal kapcsolatos: az áldozat bárkitől vagy bármitől félhet, aki/ami az erőszakra emlékezteti, és ezért elkerüli ezeket a személyeket, helyeket, helyzeteket. Valószínűleg az agorafóbia⁵ a leggyakoribb, leghosszabban tartó és legbénítőbb. Ehhez járulhat, hogy az áldozat nem csak az otthonából történő kimozdulástól fél, de képtelen arra is, hogy egyedül maradjon a lakásban. Félelem alakulhat ki azokkal a férfiakkal szemben, akik az elkövetőre emlékeztetik, súlyosabb esetekben pedig bármely férfival szemben, aminek következtében képtelenné válik intim kapcsolat kialakítására, szexuális élet folytatására is.
- d) *Visszaemlékezések, újraélések.* Ezek különösen az erőszakot követő első hetekben jelenhetnek meg. Bizonyos zajok, hangok, szagok vagy helyzetek az erőszak képzetét aktiválják, hirtelen és megint csak az áldozat számára kontrollálhatatlan módon. A *flashback*-szerű betörés váratlan, élénk, akaratlan felidéződése a traumatikus élmény emlékeinek, ami olyan intenzív és vivid is lehet, hogy az áldozat nem tudja bizonyossággal eldönteni, valóban egy múltbeli esemény hirtelen felbukkanó emlékééről, vagy egy jelenidőben zajló, „*real time*” eseményről van szó. A nyugtalanító újraélések megzavarják a koncentrációt, és a legegyszerűbb feladatok véghezvitelét is ellehetetleníthetik.
- e) *Csökkenő vagy megszűnt szexuális vágy és/vagy örömképesség.* A szexusban bekövetkező zavar – figyelemmel a bűncselekmény jellegére – érthető és gyakran leírt, ennek ellenére nem szükségszerű. Alternatív módon az áldozat – a vigasztalás, az enyhítés egy formájaként – éppen hogy több fizikai kontaktust kereshet, hogy ezzel ellensúlyozza az erőszak következtében kialakuló kényszeres tisztátalanság- és visszataszítóság-érzéseket, adott esetben gyakran és válogatás nélküli partnerekkel folytatott, promiszkuis szexuális életet él.
- f) *Apátia és irritabilitás*

VISELKEDÉSES VÁLTOZÁSOK



- a) *Elkerülő viselkedés* – az erőszakkal kapcsolatos ingerektől való szorongásos félelem következtében ezek kerülése (pl. agorafóbia, lásd fenn).
- b) *Visszahúzódság, bezárkózás* – kapcsolatok kerülése, telefon kikapcsolása, elköltözés stb.

⁴ A fóbia szorongásos állapot: irreális félelem, indokolatlan viszolygás, pánikig fokozódó rettegés valamely tárgytól, lénytől, helytől, helyzettől. A személy annak ellenére nem tud szabadulni félelmétől, hogy felismeri annak racionálisan indokolatlan voltát.

⁵ Eredeti jelentésben a nagy térségtől való irreális félelem (agora = piactér); ide tartozik minden kontrollálatlannak érzett külső megjelenéstől, mozgástól való félelem (otthonról egyedül elmenni, egyedül közlekedni, sorban állni, tömegben lenni stb.), amelyek erősségük esetén jelentősen beszűkítik az életteret.

-
- c) *Képtelenség intim, bizalmas kapcsolatok kialakítására/fenntartásra.* A bizalomra való képesség sérülése súlyosabb azokban az esetekben, amikor az áldozat az elkövetőt már korábban is ismerte, például barátja, ismerőse volt. Ilyenkor megbízott valakiben, aki elárulta, ezért úgy érzi, többé nem bízhat meg sem másokban, sem a saját megítélésében.
- d) *Megváltozott szexuális aktivitás* (lásd fent)
- e) *Az autonómia elvesztése.* A legtöbb áldozat megnövekedett függőségről számol be, mind az érzelmi támogatás, mind a fizikai segítség vonatkozásában. Igénylik, hogy elkísérjék őket, amikor elmennek otthonról, hogy maradjanak a társaságukban, ne hagyják őket egyedül, hogy segítsenek a bevásárlásban és a mindennapi háztartási munkákban stb.
- f) *Alkohol- és drog-abúzus.* Az áldozat megpróbál megküzdeni a nyomasztó szorongásokkal, ezért fordul a szorongáscsökkentő hatású tudatmódosító szerekhez, amelyektől azután függővé válik.

A megerőszakolt (vagy egyéb módon súlyosan bántalmazott) áldozat viselkedésének megértéséhez és megfelelő segítségéhez a vázolt hatások mellett még néhány további jellegzetességről is szólni kell.

Ilyen mindenekelőtt a **tehetetlenség** és **kontrollvesztés** megrázó élménye és ennek következményei. Sok áldozat az erőszak alatt megélt totális tehetetlenség és kontrollvesztés érzéséről számol be. A kontrollvesztés a mentális és a testi funkciókra egyaránt kiterjedhet. Sokan paralizált állapotot élnek meg – személytelen, bénult tárgyai a velük történő eseményeknek, képtelenek küzdeni, sikítani vagy elrohanni. Vannak, akik a testműködésük fölötti ellenőrzésüket is elvesztik: egyszer csak azt észlelik, hogy hányanak, vizelnek vagy megindult a menstruációjuk. Az erőszak súlyos regresszív állapotot, a kiszolgáltatott és tehetetlen „kisgyermek” újraélését, a jelen fölötti kontroll elvesztésének és a jövő kilátástalanságának érzetét hozza létre. Ebben a pillanatban az áldozat számára a helyzetben jelenlévő egyetlen személy, aki megmentheti, a „felnőtt”, akire számíthat – paradox módon az elkövető maga, aki így rendkívüli hatalmat nyer, mintegy „megváltóvá” válik. Ezért nem meglepő, hogy a megpróbáltatások után kiszabaduló áldozat uralkodó érzése gyakorta nem a düh és a bosszúvágy, hanem a megnyugvás és esetenként egyfajta hálaérzet az iránt a személy iránt, aki megkímélte az életét és „csak” megerőszakolta. Ezek az érzések az erőszak után is hosszú ideig perzisztálhatnak és jelentős konfliktusokat okozhatnak.⁶

⁶ 1973-ban Stockholmban két fegyveres bankrabló öt és fél napig tartott fogva négy túszul ejtett alkalmazottat. Az összezártaság során a túszok fogva tartóikat megkedvelték, és a kiszabadulás után gyűjték rendeztek jogi védelmük költségeire. Egy volt túsz később el is jegyezte magát az egyik bűnözővel. Azóta ezt a jelenséget (az áldozatok vonzalmát az őket terrorizálók iránt) **Stockholm-szindrómának** is nevezik.

A legtöbb megerőszakolt nő kevés nyílt *haragot* mutat az elkövetővel szemben. A harag, amit az erőszak alatt az élet megőrzése érdekében el kellett fojtani, később sem jelenik meg, ehelyett az áldozat azt befelé, önmaga ellen fordítja. Az erőszak túlélőinél gyakoriak az erőszakhoz vezető eseményekkel, az erőszak alatt tanúsított magatartással vagy éppen a tehetetlen inaktivitással, valamint az erőszak kiváltotta érzésekkel kapcsolatos súlyos **önvádások** és **bűntudatérzések**. A legtöbb esetben ezek inadekvát önmarcangolások: az áldozat viselkedése és érzései ugyanis nincsenek okozati kapcsolatban a támadással. A befelé fordított, bezárt harag következménye lehet az öngyilkossági kísérlet, vagy a már említett önpusztítás – a drog-abúzus, vagy a fokozott alkoholfogyasztás. Meg kell jegyezni, hogy az a társadalmi reakció, amely az áldozatot – nyíltan vagy kimondatlanul – hibásnak, felelősnek tekinti a történetekért, tovább növeli az agresszív impulzusok elfojtásaként megjelenő bűntudatot és szégyent, és megnehezíti a krízis megfelelő átdolgozását. Nem ritka a „*nem véletlenül történt, ami történt*” attitűd sem. E feltételezés szerint az áldozat oka vagy közrehatója volt az őt ért erőszaknak: például kihívó magatartásával vagy öltözködésével váltotta ki a támadást, vagy (vélelmezett vagy esetlegesen tudattalan) vágyai akadályozták a megfelelőbb megítélésben és viselkedésben, illetve jobban kezelhette, vagy kellett volna kezelni a helyzetet stb. A bűntudatot tovább növeli, hogy a mindennapi gondolkodásban a hangsúly az erőszakos szexuális támadás szexuális aspektusára kerül, nem pedig az erőszakra. Az a közkeletű bölcsesség, amely azt tanácsolja a nőnek, aki nem tudja elkerülni az erőszakot, hogy „lazítson és élvezze azt”, jól tükrözi ezt a hibás értelmezést. Az áldozat azt éli meg, hogy az elkövető gyűlöletének arctalan tárgya, hogy elszemélytelenített, dehumanizált lényé tették, majd azt tapasztalja, hogy környezete egy szexuális

”

„A Stockholm-tünetegyüttes nemcsak túszokban alakulhat ki, hanem például szektatagokban, rendszeresen megvert feleségekben és testileg vagy lelkileg bántalmazott gyermekekben is. A vonzalom akkor alakul ki, ha az áldozat komolyan fenyegetve érzi magát, ha nem tud elmene-külni, ha valójában senki mással, hanem csak a bántalmazójával van kapcsolata ... A lélektani magyarázat szerint a Stockholm-szindróma a védekezés egyik formája. Az áldozat jól tudja, hogy sorsa fogvatatójának a kezében van, ezért megpróbálja elérni, hogy az illető elégedett legyen vele, mert így talán több esélye van a túlélésre. Ehhez azonban bele kell élnie magát a rajta uralkodó személy helyzetébe. Ha a terror sokáig tart, akkor az áldozat annyira átveheti támadójának a nézőpontját, hogy már nehezebb esik elszakadnia tőle. ... Így az áldozatok hajlamosak rá, hogy kisebbsítsék támadójuk erőszakosságát, egyszersmind eltúlozzák annak kedves voltát, megpróbálják a szerencsétlen embert, az 'áldozatot' látni benne, sőt arra is képesek, hogy önmagukat hibáztassák az elszenvedett bántalmazásért.” (Mannhardt, 2001:63)

A lélektani mechanizmus – az agresszonnal való azonosulásnak nevezett pszichés védekező, elhárító művelet – egyébként már régóta jól ismert volt a pszichoanalízis irodalmában. Érdekes, hogy éppen a szexuális erőszakkal kapcsolatban írta le már 1932-ben *Ferenczi Sándor* híres tanulmányában, a gyermek áldozatok szexuális abúzus esetében mutatott tipikus – és talán egyetlen lehetséges – lélektani védekezéseként, az erőszak miatt fellépő és egyébként kezelhetetlen szorongás megoldására. (Ferenczi, 1997:102–112) A szexuális trauma okozta óriási szorongást és belső konfliktust az éretlen személyiség úgy tudja kezelni, kivédeni, hogy magába építi a támadó bizonyos jellemzőit, azonossá teszi magát a támadóval, ami a szorongást aktuálisan kezelhetővé teszi – és ez a védekező mechanizmus célja –, de folyamatában személyiségtorzuláshoz vezet. Magát az elhárító mechanizmust azután *Anna Freud* írta le részletesen 1936-os könyvében. (Freud, 1994)

történés résztvevőjeként kezeli. A szexualitást körülölelő tabuk, mítoszok, előítéletek, szorongások és elfojtások miatt pedig egy szexuális történés akaratlan résztvevője is gyanússá, tisztátalanná válhat. A környezeti reakció így erősíti, szilárdítja meg a primer belső készletét.

A korai leírások még úgy vélték, hogy az erőszakot követő azonnali zavarok normál esetben várhatóan három-négy hónap alatt konszolidálódhatnak. Ma már ez a becslés meglehetősen és túlzottan optimistának tűnik, számos áldozatnál ugyanis súlyosabb és tartós reakciók jelentkeznek, amelyek nyilvánvalóan képtelenné teszik az élete újrászervezésére. Úgy tűnik, az ilyen esetekben az erőszak egy törékeny egyensúlyt rombol szét, amely mindaddig valahogy fenntartható volt, a történetek után azonban az áldozat már nem képes azt egyedül helyreállítani.⁷

A szexuális erőszak súlyát, jelentőségét az áldozat életében már az első nagy amerikai vizsgálatnál elemezték: utánkövetéses vizsgálatban nézték meg, hogyan értékeli évek múlva az áldozat a vele történeteket. Az esemény után 5-6 évvel vizsgált áldozatok 40 százaléka az erőszakot élete legmegrázóbb élményének minősítette, 10-es osztályzattal értékelve azt egy 1-től 10-ig terjedő skálán. A következő gyakoriság a 8-9-es értékelés volt, és az áldozatok 30 százaléka válaszolt így. Ők úgy érezték, az erőszak megrázóbb volt, mint egy családi tragédia, egy szülő halála, egy öngyilkosság a családban, valamely egyéb viktimizáció, egy halálos autóbaleset vagy egy gyermek állami gondozásba vétele. Az áldozatok 11 százaléka adott 6-os vagy 7-es, 12 százaléka 5-ös és 7 százaléka 1-től 4-ig terjedő minősítést. (Burgess – Holmstrom, 1974)

2. Mire (milyen segítségre) van szükségük az erőszakcselekmények (családon belüli erőszak, szexuális abúzus, közösségi krízisek stb.) áldozatainak, melyek az ellátásuk speciális vonatkozásai a szociális munkában?

Minden áldozatnak igénye lehet, és joga van a segítségre. A legtöbb figyelmet nyilván a krízisállapotban lévő sértettek igénylik, de a sérelem súlyossága és a konkrét áldozat „segítség-szükséglete” nem jár feltétlenül együtt. A krízisintervenció protokolljainak és technikáinak vagy a különböző meghallgatási stratégiáknak és módszereknek az ismertetése nyilvánvalóan meghaladja ennek az anyagnak a célját és terjedelmi lehetőségeit is, a krízishelyzetben figyelembe veendő legfontosabb elvekről azonban mindenképpen említést kell tenni.

⁷ Az ebbe a csoportba tartozó áldozatokat egyes vizsgálatok szerint korábbi pszichés problémák, korábbi viktimizáció, a pszichiátriai megbetegedések magas aránya és az alkohol- vagy drog-abúzus jellemzik. (Mezey, 1988:66–73) Ez persze nem jelenti azt, hogy ilyen „anamnézis” hiányában ne lehetne az erőszaknak súlyos és sokáig elhúzódó következménye.

1. Az első kérdés, amit tisztázni kell, mindig az áldozat **fizikai biztonsága**. Amíg nem egyértelmű, hogy az áldozat biztonságban van, vagyis nem fenyegeti már fizikai veszély és nincs szüksége sürgős orvosi ellátásra sem, minden egyéb vizsgálódást félre kell tenni. Ez nem azonnal és nem mindig nyilvánvaló. A sokkos állapotban lévő sértett ugyanis nem feltétlenül van tudatában az elszenvedett sérüléseinek vagy az őt még mindig fenyegető veszélynek, ezért nem lehet kizárólag az ő megítélésére támaszkodni. Másfelől persze a biztonságnak nemcsak az objektív, hanem a szubjektív értékelésére is figyelmet kell fordítani, vagyis hasonló módon fontos annak tisztázása, hogy az áldozat biztonságban érzi-e magát. Az áldozat fenyegetve érezheti magát, ha

- ⇒ látja vagy hallja, amikor a rendőrség az elkövetőt kihallgatja;
- ⇒ meghallgatására a támadás helyszínén kerül sor;
- ⇒ nem biztosítanak időt számára, hogy szakadt vagy elveszett ruhái helyett mást vegyen fel;
- ⇒ éhes, fázik, vagy alapvetően kényelmetlenül érzi magát;
- ⇒ az elkövető szabadon van és azzal fenyegetőzött, hogy visszatér;
- ⇒ ismeri az elkövetőt;
- ⇒ megfenyegették a családtagjait, barátait vagy a tanúkat. (Handbook, 1999:21)

Bármelyik említett körülmény a biztonságérzet hiányát keltheti, még akkor is, ha a rendőrök jelen vannak.

2. Triviálisnak tűnik, mégis gyakran sérelmet szenved az az alapvető elv, hogy az áldozat meghallgatásához **biztonságos és zavartalan körülményeket** kell biztosítani, nem lehet meghallgatni egy olyan szobában, ahol egyszerre többen is dolgoznak, különböző események zajlanak, vagy ki-be járkálnak. Már a meghallgatása elején törekedni kell megnyugtatására, az együttérzés biztosítására, annak érzékeltetésére, hogy a segítő az ő pártján áll, „vele van”, hogy ami történt, az nem az ő hibája, és hogy most már biztonságban van.

3. A **krízishelyzetben lévő áldozat** különös körültekintést, „kezelést” igényel. Ahhoz, hogy biztonságban érezze magát, arra van szüksége, hogy ne csupán „használják” az eljárás szükséges és elengedhetetlen szereplőjeként, hanem figyelemmel legyenek érzéseire, igényeire, állapotára és ennek megfelelően gondoskodjanak róla. Általában és minden áldozat esetében fontos, hogy elmondhassa a maga tempójában és módján a „történetét”, hogy azt érezze, érdemben meghallgatásra talál. A krízisállapotban lévő áldozatnak azonban különösen és mindenképpen lehetőséget kell biztosítani arra, hogy „ventiláljon”, vagyis szavakba öntse, elmondja, kifejezze, ami vele történt. Sok áldozat újra és újra elmondja a bűncselekményt és amit annak során átélt. Erre azért van szüksége, mert az ismételt elmondások repetitív folyamata során tudja a trauma puzzle-jének széttöredezett emlékdarabjait szervezett egészszé, értelmezhető eseménnyé összerakni, ami így már integrálható az élettörténetébe. Az első emlékek összefüggéstelenek vagy beszűkültek lehetnek, egyes érzékelésekre vagy eseményekre

fókuszálódhatnak (az elkövető fenyegető hangja, a kést tartó kéz, a sikertelen menekülési kísérlet stb.). Az idő előrehaladtával azonban egyre több emlék bukkan föl; a töredékek illeszkednek, a történet alakul, változik. Jól látható, hogy mindez a különböző segítői pozíciókban eltérő előjellel minősül és különböző módon kezelendő. A szociális munkás vagy a krízisintervenciót végző pszichológus számára a ventiláció, a történet kibontakozása, módosulása természetes, „normális” folyamat, a trauma-feldolgozás érthető és szükséges processzusa. Ugyanakkor a nyomozó, a rendőr vagy az ügyész szempontjából – különösen, ha nincs tisztában azzal, mi zajlik éppen az áldozatban – az időnként össze nem illő vagy ellentmondó beszámolókat eredményező rekonstrukciós folyamat kezelhetetlen: veszélyezteti a nyomozás, a vádemelés eredményességét, és megkérdőjelezi a „sértett tanú” szavahihetőségét. A ventiláló, a történet részleteiben bizonytalan, azokat változtatgató sértett nem jó eszköze a bizonyításnak, mi több, könnyen gyanússá is válhat a törvény emberei számára.

4. A krízisállapotban lévő áldozat nemcsak attól retteghet, ami megtörtént vele, hanem az is különös és ijesztő lehet számára, amit érez, ahogyan reagál a vele történetekre, amilyenek látja, megéli magát a saját reakciói alapján. Fontos, hogy a segítő **megnyugtassa**, ezek az érzések (harag, düh, félelem, szorongás, bűntudat, szégyen, szomorúság stb.) nem az „őrület” jelei; normális, általános és gyakori emberi reakciók arra, ami vele történt. A segítőnek azonban tudnia kell azt is, hogy a szerencsétlenségre adott válasz-mintázatnak része lehet az ön- és/vagy közveszélyes magatartás is, és vannak, akik így reagálnak a megélt eseményekre. Ezért ha öngyilkossági vagy másokat fenyegető gondolatok vagy magatartások jelei bukkannak fel, ezeket nem szabad figyelmen kívül hagyni és komolyan kell venni.

5. A súlyos bűncselekmény áldozata a bűncselekmény alatt tehetetlenségét éli meg, azt, hogy nem ura többé a vele történeteknek. Az érzés, hogy elveszítette az ellenőrzést élete eseményei felett, a káosz és a kontrollvesztés gyakran a bűncselekmény után is nyomasztóan fennmarad. A **kontroll-ézés visszaszerzése** többek között azt jelenti, hogy a valóság ismét átláthatóvá és megijósolhatóvá válik, vagyis az áldozat tudja, mi történik és mi vár rá. Az arra vonatkozó konkrét és gyakorlati információ, hogy mi történt és mi fog történni vele, mikor, hol, miért és hogyan, jelentősen elősegítheti ezt a folyamatot. Fontos tehát, hogy ne csak a segítő legyen tisztában mindezekkel, hanem az áldozat is **megfelelő felvilágosítást** kapjon. A legfontosabb praktikus információ a gyakorlati, a pénzügyi, az orvosi vagy a pszichés segítség lehetőségeire, az áldozat jogaira, a büntetőeljárás várható menetére, eseményeire és nehézségeire vonatkozik. Nyilván elengedhetetlen, hogy tájékoztatást kapjon az eljárás őt érintő, fontos jogi aspektusairól (például, hogy az eljárás csak az ő indítványára indulhat meg, hogy azt később nem vonhatja vissza; hogy lehetőség van alternatív, a helyreállító igazságszolgáltatás körébe tartozó megoldásokra, ezeknek mi a lényege, jelentősége; hogy a kár milyen módon térülhet meg stb.).

Fontos még a figyelmét felhívni a történetek lehetséges rövid és hosszú távú érzelmi következményeire is, arra, hogyan tudja mindezeket kezelni, illetve hol és hogyan tud ehhez segítséget kapni. A rövid távú stressz-reakciókra, a hosszú távú érzelmi következményekre, a megküzdési stratégiákra, a segítő szervezetek elérhetőségére vonatkozó információ megadható szóban is, de szerencsésebb erről egy rövid és közérthető írásbeli anyagot, szórólapot is adni az áldozatnak, amit magával vihet, később is megnézhet. Mindez természetesen a praktikus ismeretekre is érvényes, hiszen az áldozat sokszor olyan állapotban van, hogy nem képes befogadni a beszélgetés során szóban elhangzottakat, vagy egyszerűen elfelejti azt.

6. Az áldozatsegítés során nem szabad szem elől téveszteni a **prevenációs vonatkozásokat** sem. A vizsgálatok és felmérések ugyanis egybehangzóan azt jelzik, hogy aki bűncselekmény áldozatává vált, a jövőben nagyobb eséllyel lesz újabb, azonos vagy más típusú bűncselekmény áldozata, mint aki még nem volt sértett. (Handbook, 1999:51) Gyakran a bűncselekmény egyik legjelentősebb pszichológiai hatása az, hogy az áldozat nem érzi többé biztonságban magát, sérülékenyebb és sérthetőbb lesz. Az ismételt áldozattá válás megelőzése nemcsak a bűnözés volumenét csökkenti, hanem az áldozat lelki felépülését is elősegíti. Az áldozatsegítés feladata ezért kettős: a jelen bűncselekmény következményeinek feldolgozásához és enyhítéséhez nyújtott támogatáson túl törekedni kell az újabb áldozattá válás megelőzésére is. Erre mind a vagyon elleni, mind az erőszakos személy elleni bűncselekmények körében van lehetőség, felvilágosítás, technikai segítségnyújtás, illetve megfelelő módszerek bevezetése, alkalmazása révén.

7. Az áldozatsegítés megfelelő **készségek** meglétét, illetve kialakítását feltételezi, és speciális intervenciós **stratégiák, kommunikációs eszközök** alkalmazását igényli. Általában is fontos (lenne), de segítő pozícióban különösen az, hogy a másikhoz (ebben az esetben az áldozathoz) való viszonyulást ne az értékelő, megítélő attitűd jellemezze. Az áldozatnak (különösen annak, akit súlyosan megaláztak, megszegyenítették a bűncselekmény során) arra van szüksége, hogy respektálják, hogy – legalábbis áldozati pozíciójában – feltétel nélkül elfogadják, nem pedig arra, hogy a segítő a saját erkölcsi, etikai, praktikus vagy bármilyen egyéb szempontjából értékelje, megítélje viselkedését, személyiségét, magatartását. Az áldozattal való foglalkozás a segítő aktív figyelmét igényli, amit mindenekelőtt a valódi, őszinte érdeklődés, a fölösleges megjegyzések vagy félbeszakítások hiánya, a szemkontaktus fenntartása és a megfelelő metakommunikáció, testbeszéd alkalmazása jellemez.

A segítő az áldozatsegítés helyzetében nem csak ott van, hanem jelen kell lennie, ami együttérző, empátikus részvételt jelent. Az empátia révén lehetséges a másik érzéseinek, élményeinek, indulatainak és szükségleteinek a megismerése (előfeltétele persze az érdeklődő figyelem és odafordulás). Az empátikus segítő érzékeli a másik állapotát és arra reagál. Az empátia az elérhetőséget és nyitottságot, a törődést és gondoskodást, a megélt turbulens érzelmek megértését közvetíti a traumatizált áldozat számára.

8. A trauma központi kérdése a **bizalom**. Ez rendül meg, vész el, és ennek a helyreállítása, visszaszerzése a segítségi folyamat egyik centrális feladata. (Herman, 2003) A bizalom kétirányú: egyrészt a segítőknek bíznia kell az áldozatban, másfelől pedig törekednie kell arra, hogy elősegítse az áldozat sérült bizalmának gyógyulását. Ehhez persze elengedhetetlen, hogy a segítő őszinte és megbízható legyen a kapcsolatban (is). A bizalom felépüléséhez hozzájárul, hogy az áldozat a segítő kapcsolatban védettnek érezheti magát és az általa elmondottakat is. A segítőknek az áldozattól nyert információt értelemszerűen *bizalmasan* kell kezelni, illetve figyelmeztetni kell az áldozatot, hogy ha valamilyen, az áldozat által nem publikusnak szánt közlést nem tarthat titokban.

9. A kontrollvesztett, viszonyait és a világot kaotikusnak megélt áldozat számára fontos, hogy a segítő kapcsolat **támaszt, gondoskodást** is nyújtson számára. Ez az aktuális gyakorlati feladatok megoldásában való közreműködés mellett a jövőbeni feladatok megoldásához nyújtott támogatást, a célkitűzések, a végiggondolás segítségét, az alternatív lehetőségek felajánlását is magába foglalja. A segítőknek éreznie, tudnia kell, hogy a kontroll visszaszerzését meddig szolgálja az aktív gondoskodás és mikortól kell inkább már az önálló cselekvésre ösztönözni.

Ahhoz, hogy a segítő magatartása adekvát legyen, az áldozat nem lehet számára „ismeretlen”, vagyis az **áldozat megismerése** (bizonyos alapvető ismeretek megszerzése) elengedhetetlen. Éppen így fontos és elengedhetetlen azonban minden segítő számára az is, hogy megfelelő önismerettel rendelkezzen, vagyis tisztában legyen saját adottságaival, késztetéseivel, érzelmeivel, hangulatával, viszonyulásaival.

10. Az általános módszereken és eszközökön túl **egyes áldozati kategóriák** esetében további speciális elvek és stratégiák ismerete és alkalmazása szükséges. Fokozott sérülékenysége és az életkori sajátosságokból adódó eltérések miatt külön ki kell térni ezek közül is a gyermek áldozatra.

A *gyermek áldozatnak* is elsősorban nyugalomra és biztonságra van szüksége, vagyis mindenekelőtt meg kell nyugtatni és biztosítani kell a támogatásról. A segítő ezt elsősorban azzal érheti el, *amit* mond és tesz, illetve, *ahogyan* mondja és teszi mindezt. A segítőknek tehát nyugodtnak és biztonságot nyújtónak kell lennie, kerülnie kell a szélsőséges érzelmeket és reakciókat, vagy az elkövető fenyegetését. Biztosítani kell a gyermeket, hogy védve van a további támadásoktól és természetesen gondoskodni kell arról, hogy az ehhez szükséges intézkedéseket meg is tegyék. A gyermekek verbális kommunikációja (persze az életkor függvényében változó mértékben) a felnőttekénél szegényesebb, egyszerűbb, amit a traumatizált állapot és a számára idegen helyzet, amiben a meghallgatás történik, még tovább ronthat. A segítőknek törekedni kell annak elősegítésére, hogy a gyermek beszélni tudjon. A gyermekkel folytatott munka során olyan szavakat, kifejezéseket kell használni, amit a gyermek ért, amelyek életkorának megfelelőek. A gyermek kommunikációját facilitálhatja, ha babákat, bábokat használ, vagy ha rajzoltatják. Amikor beszél, figyelmesen kell hallgatni, nyugodtan kérdezni

és kerülni kell a hosszas kikérdezéseket, vallatásokat, az indulatos, hitetlenkedő kijelentéseket. A segítő bátoríthatja a gyermeket, jelezheti, hogy szeretne többet tudni, de ne mondja el helyette a történeteket, „ne adja a szájába a szavakat”, mint ahogyan a gyermekekkel folytatott munka során fokozottan kell figyelni arra is, hogy a segítő ne tegyen fel rávezető kérdéseket. A traumatizált gyermek esetében gondoskodni kell arról, hogy megfelelő szakemberhez juthasson, akitől további szakszerű segítséget kaphat. A gyermek áldozat segítésében fontos szerepe van a családnak, a környezetnek. Nem szabad megfeledkezni arról, hogy amikor a gyermekkel történik valami, akkor a családra, a szülőkre is nagy teher nehezedik. A felnőtteknek, a szülőnek is szüksége lehet segítségre, valakire, akivel megoszthatja érzéseit, akire támaszkodhat, vagy szakemberre, aki segít a történetek feldolgozásában.

Szólni kell végül a **segítő szakemberekről** is. A segítő foglalkozások általában napi szinten biztosíthatnak „jutalmat”, megerősítést gyakorlóiknak. A segítettek gyakran közvetlenül is kifejezik köszönetüket és hálájukat a támogatásért, és e nélkül is jutalomértékű annak megtapasztalása, hogy a segítő munkájának eredményeként valaki felépült, vagy kikerült egy nehéz helyzetből. Ugyanakkor áldozatokkal dolgozni, minden nap szembesülni az erőszak következményeivel, a traumatizáltak fájdalmával és szenvedésével érzelmileg igencsak megterhelő, stresszel telített tevékenység. A trauma érzelmi következményeit sem könnyű kezelni, különösen akkor, ha az áldozat haragja és dühe éppen a segítő ellen fordul. A segítő foglalkozások jellemző veszélye, „foglalkozási ártalma” a fizikai és mentális kimerülés, a kiégés (*burn out*). Fontos ezért, hogy a segítő szervezeteknek legyen hatékony stratégiájuk annak a hatásnak a kezelésére, amit az áldozatokkal való találkozás a professzionális áldozatsegítőkre gyakorol, vagyis, hogy a segítő is megfelelő segítséget kapjanak.

A CSALÁDON BELÜLI ERŐSZAK

A családon belüli erőszak mint szociológiai jelenség vagy kriminológiai entitás a huszadik század hatvanas éveinek „felfedezése”. Időben először a gyermekbántalmazás jelent meg közfigyelmet érdemlő problémaként – jellemzően közegészségügyi, orvosi megközelítésben.⁸ A valódi áttörést azonban az otthonukban bántalmazott vagy meg-erőszakolt feleségek védelmében fellépő feminista csoportok kampányai és akciói érték el. A családi erőszak létezése, problémája bekerült a médiába és részévé vált a nyilvános diskurzusnak; „*az a látszat keletkezett, mintha vadonatúj jelenségről lenne szó, vagy legalábbis egy jelenség vadonatúj felfedezéséről.*” (Szöllősi, 2005:65)

Brit kutatók szerint minden negyedik nő és minden hatodik férfi lesz családon belüli erőszak áldozata az élete során. (Mirrlees-Black, 1999:18) Magyarországon évente mintegy nyolcvan ember – ötven nő és harminc férfi – válik a házastársa/élettársa által elkövetett vagy megkísérelt emberölés áldozatává. (Windt, 2005:141) A világon évente legalább hatvanezer gyermek hal meg bántalmazás következtében, és minden ötödik lánygyermek, valamint minden tizedik fiúgyermek számíthat arra, hogy valamely családtagja szexuális kielégülése érdekében használja majd. (Krug et al., 2002:60) A klinikai és kutatási adatok azt jelzik, hogy a családi erőszak hatása súlyosan károsító, romboló. A bántalmazott, elhanyagolt, szexuális visszaélést elszenvedett gyermekek-nél nem csak rövid távú következményeket, de súlyos, hosszú távú, a felnőttkorig fennmaradó zavarokat találtak (Browne – Finkelhor, 1986; Salter, 1995) és számos vizsgálat mutatta ki a bántalmazott nők fizikai és pszichés sérülését, társas életük elakadását vagy ellehetetlenülését is.

1. A családon belüli erőszak fogalma

A családi erőszak fogalma általában a családtagok vagy az intim partnerek (volt partnerek) közötti, tipikusan – de nem kizárólag – otthon megvalósuló erőszakcselekmények megjelölésére szolgál, a különböző meghatározások azonban az oda tartozónak ítélt jelenségek körét, terjedelmét szűkebben vagy tágabban értelmezik. (Szöllősi, 2005)

⁸ A baleseti ambulanciák leleteit feldolgozó orvoscsoport egy 1962-es publikációban írta le a „*megvert (bántalmazott) gyermek szindrómát*”. (Kempe et al., 1962; id. Adler et al., 2000:353) Meg kell jegyezni, hogy gyermekbántalmazás problematikusságának „előképe” már jóval korábban megjelent; 1785-ben New Yorkban (Gyermekek Bántalmazását Megelőző New York-i Társaság), 1881-ben pedig Londonban alakult meg gyermekvédelmi szervezet. (Herczog, 1994)

A „szűkebb felfogás” a partnerkapcsolaton belüli – a jelenlegi vagy a volt házastársak/élettársak között megnyilvánuló – bántalmazásokat tekinti ide tartozónak. Ennél is korlátozóbb a radikális feminista felfogás, amely szerint a fogalom a nők elleni erőszakkal szinonim, ezért csak a nőkkel szemben a férfitársuk részéről megvalósuló bántalmazást tartja családon belüli erőszaknak.⁹ Ebben a megközelítésben a jelenség elsősorban a nemek viszonyából adódó, úgynevezett „gender-probléma”. Az erőszak a nők és a férfiak hagyományos hatalmi helyzetéből, a közöttük lévő egyenlőtlenségből, a történetileg kialakult uralmi viszonyokból, a tradicionális nemi szerepekből vezethető le és értelmezhető.

Az elsősorban **gyermekvédelmi érdekekre fókuszáló** ezzel szemben **kiterjesztően értelmezik** a családi erőszakot. Álláspontjuk szerint nem csupán a partnerek közötti, hanem valamennyi közös háztartásban élő vagy rokonok közötti erőszak ide sorolandó, sőt fogalmilag ide tartozónak ítélik a „családszerű helyzetben” nevelkedőkkel, vagy az intézményben élőkkel szembeni erőszakot az ún. *rendszer-abúzust* is (azaz az intézeti, intézményi közösségben élő személyek által társaiktól, az őket kiszolgáló/segitő személyzettől, illetve magától az intézeti rendszertől [szabályok, eljárások stb.] elszenvedett erőszakot).

A „középutas” megközelítés szerint a gyermekbántalmazás, a nők elleni erőszak, az intézményi- és rendszer-abúzus átfedésben lehet a családi erőszakkal, de semmiképpen nem azonos vele és nem is oldható fel abban. Egyrészt úgy vélik, a család tagjai részéről egymás sérelmére megvalósuló valamennyi bántalmazás a családon belüli erőszak fogalmi körébe tartozik, másfelől viszont csak azokat a magatartásokat tartják ide sorolhatóknak, amelyek ebben az „elrendezésben” (a családban) jelennek meg. Álláspontjuk szerint ezek az elemek – a családi viszonyok, a függőség és a fokozott kiszolgáltatottság – alkalmasak leginkább az otthoni erőszak fogalmi megragadására, jellemzőinek, és sokoldalú meghatározottságának a vizsgálatára. (Virág, 2005)

2. A családon belüli erőszak fajtái, tipizálása

A családon belüli erőszak egyes típusait a bántalmazás jellege, illetve a sértettek szerint szokás csoportosítani.



A BÁNTALMAZÁS JELLEGE SZERINT

Fizikai erőszak

- közvetlen fizikai erőszak (pl. nem kívánt fizikai érintés, testi sértés, emberölés)

⁹ Vagyis ebben az értelmezésben a családon belüli erőszak a nők elleni erőszak családon belül jelentkező formája.

- közvetett fizikai erőszak (tárgyak rongálása, rombolása, dobálása, állatok bántalmazása stb.)

Elhanyagolás

Lelki bántalmazás

- verbális bántalmazás (fenyegetés, szidalmazás, megalázás stb.)
- érzelmi abúzus (érzelmi zsarolás, elhanyagolás, sértő/fenyegető arckifejezés, gesztus stb.)

Szexuális erőszak/abúzus

- (nemi erőszak, szexuális visszaélés, zaklatás, gyermekek előtt folytatott szex stb.)

Gazdasági/társadalmi visszaélés

- (a sértett pénzének és egyéb forrásainak ellenőrzése, a hozzáférés korlátozása, a társas kapcsolatok – barátok, rokonok – fenntartásának megakadályozása, a sértett társadalmi elszigetelése stb.)



A SÉRTETT SZERINT

Gyermekbántalmazás

Házastárs/partner (volt házastárs/volt partner) sérelmére elkövetett bántalmazás

- nők elleni, feleség/partner (volt feleség/volt partner) sérelmére elkövetett bántalmazás
- férfiak elleni, férj/partner (volt férj/volt partner) sérelmére elkövetett bántalmazás

Idősbántalmazás

- (felmenők, idős/beteg családtagok sérelmére elkövetett bántalmazás)

Egyéb rokonok

- (pl. testvérek) sérelmére elkövetett bántalmazás

A családi erőszak osztályozása – túl azon, hogy hasonlóan minden kategorizáláshoz, esetleges és önkényes – jól jelzi a családon belüli erőszak fogalmi megragadásával kapcsolatos, nehezen feloldható dilemmát. A családban mint rendszerben megjelenő bántalmazások ugyanis nem függetlenek egymástól, és az ebben a rendszerben megjelenő konfliktusoktól és konfliktus-megoldási módoktól sem. Az adott erőszak közvetlen érintettjein túl a család további tagjai sem tekinthetők „kívülállóknak” – valamilyen módon ők is részesei az eseményeknek, azok az ő életükre is meghatározó hatást gyakorolnak.

3. A családon belüli erőszak a számok tükrében – adatok, eredmények

A családon belüli erőszak számosságát, terjedelmét nem könnyű meghatározni, részben a definíció körüli nehézségek, az eltérő meghatározások, részben az egyes vizsgálatokban, felmérésekben alkalmazott módszerek eltérése és – nem utolsó sorban – a kiemelkedően magas latencia miatt. A családi erőszak ismeretének mélysége és dokumentálása országonként különbözik, és eltérő az otthoni bántalmazással kapcsolatos attitűd is. Az elmúlt évtizedek során követhetetlen mennyiségű adat látott napvilágot, melyek kivétel nélkül a probléma súlyosságát támasztják alá, jóllehet összevetésük nem könnyű és számos ellentmondást tartalmaznak. Néhány példa illusztrálásként.

Az **Egyesült Államok** Egészségügyi és Humán Szolgáltatások Minisztériumához tartozó Közegészségügyi Központ (*Centres for Disease Control and Prevention*) adatai szerint a családi erőszak komoly és megelőzendő közegészségügyi probléma, amely több mint 32 millió amerikai, vagyis az Egyesült Államok lakosságának több mint 10 százalékát érinti. (Tjaden – Thoennes, 2000)

A 2001-es **Brit Bűnözésvizsgálatban** (*British Crime Survey – BCS*) a válaszolók által eddigi életük során megélt, valamint a megelőző 12 hónapban elszenvedett családon belüli erőszakra, szexuális bántalmazásra és zaklatásra (*stalking*) kérdeztek rá. (Walby – Allen, 2004) Az eredmények szerint a személyközi erőszak széles körben elterjedt Angliában és Walesben is, és hozzávetőleg a népesség egyharmadát (36 százalék) érinti élete során. A *BCS* becslése szerint a 16 év feletti népességben minden huszadik nő válik súlyos szexuális támadás, minden ötödik nő és minden tizedik férfi családi erőszak áldozatává, míg a felmérést megelőző egy év során a nők 13 százaléka és a férfiak 9 százaléka volt a családi erőszak valamely formájának sértettje. A vizsgált felnőtt (16–59 éves) populációban a legsúlyosabb abúzusok elszenvedőinek nagy többsége – a négy vagy több súlyos családon belüli bántalmazásról beszámolóknak 89 százaléka – volt nő. Az áldozattá válási kockázat tekintetében a nők, a fiatalabbak, valamint az alacsonyabb jövedelemmel rendelkező háztartásokban élők rizikófaktora magasabb. A latenciát illetően elgondolkodtató, hogy a női áldozatok 31 százaléka, míg a férfi áldozatok 63 százaléka az előző évben elszenvedett bántalmazást – a felmérésen kívül – senkinek nem mondta el. A legsúlyosabb családi erőszakokat elszenvedők között a nők 23 százaléka, a férfiaknak pedig csupán 8 százaléka hozta a rendőrség tudomására a történeteket.

Egy 1992-es **Európa tanácsi** tanulmány adatai szerint minden negyedik nő szenved el családi erőszakot élete során, míg egy adott évben a nők 6–10 százaléka válik ilyen erőszak áldozatává.¹⁰

¹⁰ Relevant international texts concerning violence against women. Steering Committee for Equality between Women and Men, 1992 CDEG (92) 4 ADD. REV www.coe.int/t/e/integrated_pro/violencejetcs.

A gyermekbántalmazásokat illetően a **WHO** becslése szerint 2000-ben 57 000 tizenöt év alatti gyermeket öltek meg a világon. Leginkább csecsemők és az egészen fiatal gyermekek veszélyeztetettek: a 0–4 éves korcsoportban a gyilkossági arány kétszerese az 5–15 éves korcsoporténak. (Krug et al., 2002:60) A felnőttekkel gyermekkori bántalmazásukról készült különböző felmérésekben a gyermekkori szexuális visszaélés aránya a férfiak körében 1 és 19 százalék közé esett, míg a nőknél 0,9 és 45 százalék közé, annak függvényében, hogy mennyire szűken vagy szélesen határozták meg a szexuális abúzus fogalmát. Az 1980 óta végzett nemzetközi vizsgálatok publikált eredményei szerint a gyermekkori szexuális abúzus előfordulási arányának középértéke nők esetében 20, férfiak esetében 5–10 százalék között van. (Krug et al., 2002:64)

Ami a hazai **statisztikai adatokat** illeti, a **rendőrségi statisztikai adatbázis** 2003 óta tartalmaz adatokat, illetve éves értékelést a családi erőszakra vonatkozóan. A rendőrségi statisztikából közvetett módon – a releváns bűncselekményi körben a sértett és az elkövető közötti hozzátartozói viszonyból – nyerhető információ arról, hány esetben indult büntetőeljárás vélhetően családon belüli erőszak ügyekben. 2004-ben 9211 olyan bűncselekményt regisztráltak, amely az áldozat és az elkövető közötti kapcsolat, valamint a cselekmény jellege alapján a családi erőszakot valószínűsíti, míg 2005-ben ez a szám 7522 volt. Az ERÜBS¹¹ által rögzített adatokat az **Országos Kriminológiai Intézet** (OKRI) 2004-ben végzett **kutatása** során dolgozták fel, hat éves intervallumra (1997–2002) kiterjedően. Ezek szerint a regisztrált elkövetőknek átlagosan csupán 5–6 százaléka (évente mintegy 7500 elkövető) valósítja meg a bűncselekményt családon belül (hozzátartozója sérelmére). A releváns bűncselekményi csoportban viszont már igen jelentős az előfordulás: minden negyedik ismertté vált személy elleni bűncselekmény valamely családtag ellen irányul, a súlyos testi sértések harmadát (30 százalék), a befejezett és megkísérelt emberöléseknek pedig már majdnem a felét (43 százalék) családon belül, hozzátartozó sérelmére követik el. Az elkövetők nagy része (83 százalék) – hasonlóan a többi bűncselekményhez – felnőtt férfi. A női elkövetők száma – mind általában, mind a családon belüli cselekmények körében – jelentősen alacsonyabb, mint a férfiaké, a valamilyen bűncselekményt elkövető nők között a cselekményüket a családon belül elkövetők aránya viszont rendre magasabb, mint a férfiak esetében.¹² Az élet elleni bűncselekmények egyes kategóriáiban a tényleges elkövetői számok is közelítenek: a jelenlegi vagy volt partner (házastárs/élettárs) sérelmére elkövetett emberölések esetében az évi átlag nyolcvan cselekmény közül ötvenet férfiak, harmincat nők követnek el. A családon belül a legtöbb erőszak (a családon belüli elkövetések 43 százaléka) a partner vagy a volt partner ellen irányul.

¹¹ Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika

¹² Vagyis a nők nagyságrendekkel kevesebb bűncselekményt követnek el, mint a férfiak, viszont a bűncselekményt elkövető nők szinte minden kategóriában gyakrabban követik el cselekményüket a családon belül.

Magas (21 százalék), és sajnálatosan emelkedő tendenciájú a szülők által gyermekük sérelmére elkövetett erőszakcselekmények aránya.¹³ A családon belül elkövetett legsúlyosabb életellenes cselekmények elsősorban a férfiak ellen irányulnak. Az emberölések kétharmadának (63 százalék) áldozata férfi, egyharmadé nő. A kiskorú veszélyeztetése esetében is a legtöbb sértett (a sértettek kétharmada) fiú. (Virág, 2005)

4. Elméletek a családi erőszak magyarázatára

4.1. Pszichológiai, pszichoanalitikus elméletek (Mcleer, 1988)

A lélektani, pszichoanalitikus megközelítések értelemszerűen az egyén szintjén próbálnak magyarázatot adni az otthoni erőszakra. Ezek az értelmezések a családi erőszakon belül főleg a gyermekbántalmazás körében keresik az oksági válaszokat, és jellemzően a korábbi időszakokban, a múlt század hetvenes-nyolcvanas éveiben jelentek meg. Az elképzelések többnyire a szülők egyéni pszichopatológiájára, a gyermekbántalmazások okozta traumákra és pszichés sérülésekre, esetleg a családi rendszer kóros működésére koncentrálnak. A gyermek bántalmazásához vezethet a megfelelő anya-gyermek kapcsolat, a szükséges kötődés kialakulásának kudarca. A visszaélés hátterében az is állhat, hogy a bántalmazó szülő saját feldolgozatlan problémáit, negatív vonásait vetíti gyermekére és ezért bántalmazza. Elképzelhető, hogy maga is bántalmazott volt gyermekkorában és ezt a traumát ismétli a saját gyermekével stb. Egy a korai irodalom tapasztalatait összegző tanulmány a bántalmazó szülő lélektani jellemzőit illetően a következő megállapításokat emeli ki.

A bántalmazó szülő:

- többnyire alapvető szükségleteiben nélkülöző (deprivált) gyermek volt,
- általában nem rendelkezik a gyermekneveléshez szükséges megfelelő ismeretekkel,
- az agresszív impulzusait kevésbé tudja kontrollálni.

4.2. Szociológiai elméletek

A múlt század hetvenes éveitől a szociológusok megkérdőjelezték a családi erőszakot a személyiség zavaraival magyarázó pszichiátriai/orvosi modell szűk értelmezési keretének érvényességét. Rámutattak, hogy – a szerető és boldog szociális egységként működő családra vonatkozó általános hiedelemmel szemben – a családon belüli erőszak kiterjedt jelenség, amelyet az egyéni jellemzőkön túl számos társadalmi erő és folyamat is befolyásol.

¹³ Az ilyen szülők/nevelők döntő többsége vér szerinti gyermekét bántalmazza.

4.2.1. Erőforrás elmélet („Resource theory”)

A szociológia egyik központi fogalma hagyományosan a *hatalom* – vagyis a lehetőség a szűkös erőforrásokhoz való hozzáférésre, a velük való rendelkezésre, mások viselkedésének befolyásolására, meghatározására. Az erőforrás-elmélet szerint a család, hasonlóan más társadalmi intézményekhez, sajátos hatalmi rendszer, amely tartalmazza a kényszert, az erőszakot vagy az azzal való fenyegetést. A családi hatalmi egyensúly annak a családtagnak kedvez, aki több erőforrással rendelkezik – ez lehetőséget ad a nagyobb, vagy gyakoribb kényszer alkalmazására. Sajátos módon a nyilvánvaló erőföllet, a láthatóan sok erőforrás feletti rendelkezés szükségtelenné teszi az erő alkalmazását: az uralmat a többiek – éppen a hatalomeloszlás nyilvánvaló egyenlőtlensége miatt – e nélkül is elfogadják. Az elmélet értelmében a kevés erőforrással rendelkező (például az alacsony társadalmi státusz, iskolázottság, stb. miatt) teszi szükségessé az erőszak családön belüli alkalmazását a dominancia fenntartásának biztosítása érdekében.

4.2.2. Csere/kontroll-elmélet („Exchange/Social control theory”)

A csere-elmélet alapfeltevése szerint a viselkedést és az emberi kapcsolatokat az öröm (jutalom, nyereség) keresése és a fájdalom (büntetés) elkerülése motiválja, irányítja. A kontroll-elmélet úgy gondolja, hogy a bűncselekmény elkövetése része az emberi természetnek, és a legtöbb ember azért nem követ el bűnt, mert megfelelő kontroll-mechanismusok működnek. A költség-haszon típusú megközelítést alkalmazva azt mondhatjuk, hogy a családon belüli erőszak megjelenése akkor várható, ha az erőszakos viselkedés „költségei” nem haladják meg annak jutalmát, hozadékát, valamint ha hiányzik a családi kapcsolatok hatékony társadalmi kontrollja, amely szankcióval, felelősségre vonással fenyegeti az erőszakos családtagot, és így növeli az erőszak költségét is.¹⁴

4.3.2. Patriarchátus-elmélet („Patriarchy theory”)

A patriarchális elmélet által kínált magyarázat értelmében a családi erőszak a nők ellen irányuló férfi erőszak, amelynek oka nem az adott egyén, vagy az adott család működése, hanem a családtagok között meglévő strukturális társadalmi egyenlőtlenség. A családi erőszak minden formája egyértelműen hatalmi kérdés; az erőszak e szerint az elmélet szerint a hagyományos férfiuralom, a patriarchális férfidominancia fenntartásának eszköze, amit a feminista teoretikusok a családi erőszak kizárólagos, vagy döntő okának tekintenek.

¹⁴ Az erőszak szubkulturális támogatottsága, a családi erőszak magánügyként kezelése és ezért büntetlenül hagyása, a családon belüli nemi és generációs egyenlőtlenségek elfogadása és támogatása tehát mind az erőszak növelése irányába hat.

4.3. Szociális tanuláselmélet („Social learning theory”)

A szociális tanuláselmélet olyan kognitív viselkedésemélet, amelyet gyakran alkalmaznak a családon belüli erőszakos magatartások magyarázatára is. Az elmélet a hagyományos tanuláselméleti változók mellett (a viselkedések jutalom vagy büntetés révén történő megerősítése, módosítása, illetve kioltása) a társas környezet és a megfigyelése révén történő tanulás szerepét hangsúlyozza. A szociális tanuláselmélet szerint a legtöbb humán magatartást egy modell megfigyelése alapján sajátítjuk el: megfigyeljük, „obszerváljuk” a körülöttünk lévő viselkedését, majd ezután ez a kódolt megfigyelés irányítja jövőbeli cselekedeteinket. A családi erőszakra vonatkoztatva ez azt jelenti, hogy a gyermekkori megfigyelések, mintázatok „tanítják meg”, miként „kell” felnőtteként viselkednünk. Aki gyermekkorában tanúja szülei egymással szembeni agressziójának, annak ez a tapasztalat felnőve modellként szolgál általában az agresszív viselkedéshez, és speciálisan a partner bántalmazásához. Ugyanígy, akit gyermekkorában vernek a szülei – tehát nem tanúja, hanem elszenvedője az erőszaknak – az is „tanul”, és elsajátítva ezt a konfliktuskezelő módszert felnőtteként maga is nagy valószínűséggel alkalmazza majd és lesz bántalmazó. Az erőszak tehát a szocializáció folyamatában hagyományozódik a generációk között, a gyermekkori tanulási tapasztalatok biztosítják újratermelését, intergenerációs „öröklődését”.

Összegezve azt mondhatjuk, hogy a gyermekkorban elszenvedett vagy megtapasztalt szülői bántalmazás növeli annak az esélyét, hogy a gyermek felnőve saját kapcsolataiban agresszíven viselkedik. Akit gyermekként vernek, vagy azt látja, hogy az egyik szülő bántalmazza a másikat vagy a család egy idős tagját, az azt tanulja meg, hogy az erőszak normális magatartás, megszokott és elfogadható eszköze a konfliktusok megoldásának, és ezzel a tudással, ezzel a mintával lép majd abba a családi helyzetbe is, ahol már ő a felnőtt. Az egyén számára rendelkezésre álló külső erőforrások (anyagiak, státusz, elismertség, stb.) szűkössége megnehezítheti a személyiség egyensúlyának és a megfelelő családi pozíciónak a megtartását, így ugyancsak a konfliktus erőszakos megoldásához vezethet. Okozója lehet a családi bántalmazásnak a társadalom szerkezetének családi lenyomata – a családi egyenlőtlenséget, a hagyományos patriarchális viszonyokat erősítő kultúra vagy az erőszakos megoldást támogató vagy elváró szubkultúra, a hatékony külső társadalmi kontroll hiánya a magánügynek minősített családi brutalitás fölött, az intim erőszak „hasznossága”, beválása, vagy egyéb, az egyéni pszichés működés körébe tartozó jellemzők.

Utalni kell végül az **alkohol**, illetve a **drogok** szerepére is, hiszen az alkohol és drogfogyasztás, illetve az alkoholizmus és a drogfüggőség az egyik leggyakrabban felmerülő kérdés az otthoni erőszak körében. Sok adat, felmérés jelzi, hogy szoros az összefüggés: a különböző vizsgálatokban a családi erőszak elkövetőinek jelentős része

alkoholista, drogos, vagy súlyos problémákkal küzd ezen a téren. Az alkohol elnyomja az agykéreg ellenőrzését, fékező mechanizmusait és lehetővé teszi a kontrollálatlan impulzusok, a gátolatlan agresszió megjelenését. A kiterjedt alkoholfogyasztás az egyéb prediszponáló tényezők hiányában is valószínűsíti az agresszivitást, férfiak és nők esetében egyaránt növeli a családi erőszak megjelenésének valószínűségét.

5. A családon belüli erőszak kezelése, megelőzése

A megelőzésnek hagyományosan három szintjét, típusát különböztetik meg a beavatkozás ideje és iránya alapján: az erőszakot megelőzően alkalmazott, a bekövetkező megakadályozására irányuló elsődleges, az erőszakot közvetlenül követő, az azonnali hatások csökkentését célzó másodlagos és a hosszú távú következményeket kezelő harmadlagos megelőzést.

Az **elsődleges prevenciót** illetően – minthogy a családon belüli erőszak nem független az adott társadalomban általában meglévő erőszaktól és az ahhoz való viszonyulásoktól – bármely aktivitás, amely általában csökkenti az erőszak legitimitását, elfogadottságát, valószínűleg pozitívan befolyásolja a családon belüli erőszak kockázatát és előfordulási gyakoriságát is. A nőszervezetek régóta élnek a kommunikációs kampány eszközével, hogy felhívják a figyelmet a családon belül zajló bántalmazásokra és megváltoztassák az ezzel kapcsolatos vélekedéseket, attitűdöket és magatartásokat. Az elsődleges megelőzés körébe sorolhatók azok az iskolai programok is, amelyek az iskolai erőszak és egyéb társ-bántalmazások csökkentése mellett a társas kapcsolatokról, a nemi szerepekről, a kényszer és kontroll kérdéseiről is tartalmazznak a fiatalok attitűdformálását célzó anyagot.

A **másodlagos megelőzés** – vagyis a már bekövetkezett bántalmazás következményeinek gyors, azonnali enyhítésére irányuló prevenció – körében a krízisközpontok és a bántalmazott nők számára létrehozott, átmeneti menedékhelyek (*shelter*) a családi erőszak áldozatait támogató programok legfontosabb elemei. A központok általában lélektani, szociális és jogi segítséget is biztosítanak. Az Egyesült Államokban 1995-ben már mintegy 1800 ilyen program működött, amelyek közül 1200 – az érzelmi, jogi és anyagi segítség mellett – krízis-elhelyezési lehetőséget is nyújtott a nők és gyermekeik számára. (Krug et al., 2002:104) Eredetileg a legtöbb krízisközpontot és otthont a nőszervezetek hozták létre, és önkéntes aktivistáik működtették mind az Egyesült Államokban, mind Európában, ma már azonban sok helyen van állami támogatással és szakemberek közreműködésével működő professzionális áldozatsegítő szervezet és szolgáltatás is.

A **harmadlagos megelőzés** körébe is sorolhatók a múlt század 80-as és 90-es éveiben – a nők elleni erőszak állami kezelésére tett lépésként – az egyes államokban sorra megjelenő **jogi reformok**. A leggyakoribb állami intézkedés a partnerek közötti erőszak

különböző formáinak kriminalizálása volt, vagy új családon belüli erőszak törvény megalkotásával, vagy a meglévő büntetőjogszabály kiterjesztő módosítása révén. Ez a jogalkotás egyértelműen azt üzenté, hogy az otthoni erőszak bűncselekmény, amelyet többé nem tolerál a társadalom.

6. A hazai helyzet – a családi erőszak jogi környezete Magyarországon

A családi erőszak kriminalizálása, önálló bűncselekménnyé nyilvánítása Magyarországon 2013-ban történt meg.¹⁵ Az új Büntető törvénykönyv (2012. évi C. törvény) XX. fejezetébe („A gyermekek érdekét sértő és a család elleni bűncselekmények”) elhelyezett tényállás – viták után – a „Kapcsolati erőszak” elnevezést kapta. A büntetendő magatartásokat, az érintett személyek körét a 212/A. § (1) bekezdése határozza meg, míg a (2) bekezdés szerint a testi sértés egyes esetei, a becsületsértés, a személyi szabadság megsértése és a kényszerítés súlyosabban büntetendő, ha az elkövető és az áldozat együtt él vagy élt, illetve ha a kapcsolatukból közös gyermek született.

Kapcsolati erőszak

”

212/A. § (1) Aki gyermekének szülője, továbbá az elkövetéskor vagy korábban vele közös háztartásban vagy egy lakásban élő hozzátartozója, volt házastársa, volt élettársa, gondnoka, gondnokoltja, gyámja vagy gyámoltja sérelmére rendszeresen

a) az emberi méltóságot súlyosan sértő, megalázó és erőszakos magatartást tanúsít,

b) a közös gazdálkodás körébe vagy közös vagyonba tartozó anyagi javakat von el és ezzel a sértettet súlyos nélkülözésnek tesz ki, ha súlyosabb bűncselekmény nem valósul meg, vétség miatt két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(2) Aki az (1) bekezdésben meghatározott személy sérelmére rendszeresen követ el

a) a 164. § (2) bekezdése szerinti testi sértést vagy a 227. § (2) bekezdése szerinti becsületsértést, bűntett miatt három évig,

b) a 164. § (3) és (4) bekezdése szerinti testi sértést, a 194. § (1) bekezdése szerinti személyi szabadság megsértését vagy kényszerítést, egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(3) Kapcsolati erőszak elkövetőjével szemben kitiltásnak is helye van.

(4) Az (1) bekezdésben meghatározott bűncselekmény csak magánindítványra büntethető.

¹⁵ A Kormány már 1997-ben jogalkotási kötelezettséget vállalt a családon belüli erőszak törvényi szintű szabályozására (2174/1997. számú határozat). A társadalmi nyomás azonban nemcsak a normaalkotást sürgette, hanem a jogalkalmazás (elsősorban a rendőrségi eljárás) reformját is. Egy belügyminiszeri utasítás és az országos főkapitány intézkedése (34/2002. BM utasítás és 13/2003. ORFK intézkedés) szimbolikusan is szakított az „amíg vér nem folyik, nem avatkozunk be” tétellel, és hitet tett az áldozatok biztonságának garantálása, a rendőrségi intézkedések hatékonyabbá tétele mellett. Módszertani útmutató készült, belső szabályzatokat alakítottak ki, képzéseket, továbbképzéseket szerveztek a rendőrök számára. A jogalkotás és a jogalkalmazás együttes reformjának holisztikus szemléletű elképzelése jelent meg a társadalmi bűnmegelőzés nemzeti stratégiájában, amelyben központi helyet kapott a családon belüli erőszak megelőzése (115/2003. OGY határozat).

SZEXUÁLIS BÁNTALMAZÁS (ERŐSZAK, VISSZAÉLÉS)

A helyzet reménytelen, de nem súlyos – ez Paul Watzlawick könyvének szállóigévé vált címe (Watzlawick, 1983) és gyakorta ilyennek tűnik az a helyzet és azok a lehetőségek is, amelybe a szexuális erőszak áldozata, különösen az abuzált gyermek kerül. Sorsukat, a velük történő (vagy éppen nem történő) eseményeket látva egyszerre mutatkozik a reménytelen kilátástalanság, a mindent elbizonytalanító esetlegesség, ám ugyanakkor – az idő hosszmeteszében – egy lassú, de egyértelmű pozitív irányú változás is tapasztalható.

Mi jellemzi ezeket a bűncselekményeket?

1. A sértettek – kor, nem, kapcsolat az elkövetőkkel

Az erőszakos szexuális bűncselekmények sajátos eltérést mutatnak az összbűnözéshez képest a **sértetti jellemzők**, illetve a **sértett és az elkövető viszonya** tekintetében is.

Sértett		Ismertté vált ÖSSZES	Ismertté vált ERŐSZAKOS SZEXUÁLIS
		BŰNCSELEKMÉNY	
KOR	felöltt	94%	33%
	gyermek- és fiatalkorú	6%	37% (53% gyermek!)
NEM	férfi	63%	17%
	nő	37%	83%
KAPCSOLAT AZ ELKÖVETŐVEL	idegen	61%	22%
	ismerős	39%	78%

Bűncselekményeket jellemzően felnőtt férfiak követnek el számukra idegen, felnőtt férfiak sérelmére. 2008-ban például az ismertté vált bűncselekmények sértettjeinek 94 százaléka felnőtt korú, kétharmada (63 százalék) pedig férfi volt. Az ügyek majd kétharmadában (61 százalék) az elkövető és az áldozat idegenek voltak egymás számára. Az erőszakos szexuális bűncselekmények esetében ezek a mutatók markánsan különbözőek: ebben a körben az adott évben a sértettek kétharmada (67 százalék) gyermek- vagy fiatalkorú volt (mi több, az áldozatok több mint fele – 53 százalék! – volt gyermekkorú), az ismertté vált sértettek döntő többsége (83 százalék) nő volt, és négy áldozatból három (78 százalék) már a cselekmény elkövetése előtt is ismerte az elkövetőt. Szexuális bűncselekményeket tehát jellemzően nők sérelmére követnek el, az áldozatok jelentős része gyermek és fiatalkorú, és az elkövetők zöme már az elkövetés előtt is ismerte a sértettet.

2. A latencia

A szexuális erőszak további, ismert sajátossága a kiemelkedően magas **latencia**. Az egyes vizsgálatok konkrét számadatai különböznek ugyan, azonban a latencia létét, illetve kiemelkedő nagyságát valamennyi kutatás, felmérés egyértelműen és egybehangzóan jelzi.

Illusztrációként néhány adat.

Egy 2000-ben az **Egyesült Államokban** végzett felmérésben a nők egyharmada (32,4 százalék) számolt be arról, hogy befejezett vagy megkísérelt szexuális erőszak áldozata volt, egy 2006-os finn vizsgálatban ez az arány 18 százalék volt. (Westerlund et al., 2010) Az Egyesült Államokban az átlagnépesség körében epidemiológiai módszerekkel végzett, retrospektív, anonim alanyok megkérdezésével lefolytatott másik vizsgálat szerint a gyermek áldozatoknak csak 2–6 százaléka szólt valaha is felelős felnőttnek arról, ami vele történt, és még ennél is kisebb azok aránya, akik ügyében feljelentést tettek. (Wolfe – Wolfe – Best, 1988)

Ami a **hazai adatokat** illeti, a nyolcvanas évek végén Baranya megyében végzett első átfogó magyar latencia-kutatás a felnőtt sértettek vonatkozásában azt jelezte, hogy tíz erőszakos közösülésből egyet jelentenek fel, vagyis a latencia tízszeres. (Korinek, 1989)

A tíz évvel később az **Országos Kriminológiai Intézetben** végzett vizsgálatban a válaszadók nagy részének tapasztalata a magas latenciát erősítette: a megkérdezettek nagy többsége (82 százalék) szerint a legtöbb erőszakra soha nem derül fény, ezek soha nem jutnak a hatóságok tudomására. A rejtve maradt esetek mértékét illetően ebben a felmérésben a teljes női minta (512 fő) 1,2 százaléka mondta, hogy nemi erőszak áldozata volt (egyharmaduk többször is). Ez az eredmény – a 18 éven felüli női népességre extrapolálva – azt jelentette, hogy felnőtt nők sérelmére saját bevallásuk szerint majdnem huszonnégyszer több erőszakot követnek el, mint ami a hatóságok tudomására jut, vagyis hozzávetőlegesen 24 nemi erőszakból csak egyet, 100-ból alig több mint négyet jelentenek fel. (Virág – Kó, 1998:250–276) Az OKRI 2003-ban lefolytatott kutatásában az önkitöltős kérdőívben szereplő, retrospektív jellegű, a gyermekkori szexuális erőszakra, bántalmazásra irányuló kérdésre a teljes minta (5792 fő) 1,8 százaléka válaszolt úgy, hogy gyermekkori szexuális erőszak vagy bántalmazás áldozata volt. Az arány a két nem esetében eltérő volt: férfiaknál 1,2, míg a nők esetében ennek majdnem kétszerese, 2,3 százalék. Ezeket az arányokat a 18 év fölötti felnőtt népességre extrapolálva azt kapjuk, hogy a felmérés időpontjában (2003-ban) Magyarországon legalább mintegy 141 ezer felnőtt (97 ezer nő és 44 ezer férfi) volt gyermekkori szexuális erőszak/bántalmazás áldozata. A szexuális abúzusok nagy része a családon belül történt: az elkövető az esetek háromnegyedében (72 százalék) az áldozat rokona vagy ismerőse volt. A latenciát vizsgáló kérdésekre adott válaszok szerint a gyermekkori erőszakot a megkérdezettek kevesebb mint fele (45 százalék) mondta el valakinek. Vagyis minden második szexuálisan bántalmazott gyermek soha senkinek nem szólt arról, ami

vele történt. Jelentős a különbség a nemek szerint: míg a lányok 56, addig a fiúknak csupán 15 százaléka mondta el valakinek az abúzust. Feljelentés ezeknek az eseteknek is csupán a tört részében, mindössze az ügyek 8 százalékában történt – tehát 100 ügyből 92 nem jutott a hatóságok tudomására. Valamennyi esetben, amikor feljelentést tettek, az áldozat lány volt. Másképpen: a gyermekkori abúzusról beszámoló férfiak egyikének ügyében sem indult eljárás. (Virág, 2004)

3. A következmények

A gyermekkori visszaélések „következményét”, az áldozatok súlyos és távolható, a felnőttkorban is fennálló lelki sérüléseit drámaian jelezte az említett vizsgálat is. A szexuális abúzust elszenvedők között az öngyilkossági kísérletet elkövetők aránya több mint kilencszer, azok aránya pedig, akik álltak már pszichiátriai kezelés alatt, több mint háromszor annyi volt, mint azok között, akik nem voltak szexuális bántalmazás áldozatai.

Az öngyilkossági kísérletek és a pszichiátriai kezelések aránya az abuzált mintákban és a nem bántalmazottak körében

	Öngyilkossági kísérletet elkövetettek aránya	Pszichiátriai kezelések aránya
szexuális abúzus áldozata volt	19%	20%
nem volt szexuális abúzus áldozata	2%	6%
gyakran verték meg súlyosan	18%	24%
néha súlyosan megverték	6%	11%
soha nem verték meg súlyosan	2%	5%

(„Áldozatok, elkövetők és vélemények a bűnözésről” – OKRI, 2003, N= 5792)

Ezek az adatok persze ma már nem meglepőek, hiszen a múlt század hetvenes éveitől kezdődően vizsgálati eredmények sora jelzi, hogy a szexuális abúzus súlyos, traumatizáló élmény. De mi ennek az ártalomnak a lényege és sajátossága?

Browne és Finkelhor szerint szexuális abúzus esetén a pszichés sérülés magja a „traumatikus szexualizáció, a stigmatizáció, az árulás és a tehetetlenség élménye”, ez teszi a szexuális abúzus traumáját egyedülállóvá és más gyermekkori visszaélésektől különbözővé. (Browne – Finkelhor, 1986)



A **stigmatizáció** az élmény negatív tartalmának és az áldozat személyének összekapcsolódása; a rosszasság, a szégyen, a bűntudat én-képbe beépülő érzései. Ennek a következménye lehet a felnőtt áldozatoknál gyakorta tapasztalható negatív én-kép és önértékelési zavar.

A **tehetetlenséget** a gyermek testének ismételt, akarata ellenére történő használatakor, a fenyegetésekkel szembeni kiszolgáltatottsága és eszköztelensége megtapasztalása során éli meg, továbbá akkor is, amikor a vele történetek elmondását hitetlenséggel fogadják. Ez az élmény lehet az alapmintázata a későbbi kontroll-problémáknak (akár az élet eseményei fölötti kontrollra való képtelenség nyomasztó érzése formájában, akár ennek kompenzálásaként, folyamatos szigorú és kényszeres kontroll gyakorlása útján). Az élmény alapja lehet a későbbi depressziós tünetképzésnek is.

Az **árulás** a bizalom lerombolása, elpusztítása. A gyermek becsapva és elárulva érzi magát: az manipulálta, az okozott fájdalmat neki, akitől függött, aki gondozta, akinek a szeretetében bízott. Ezzel hozható talán kapcsolatba a felnőtt korban gyakorta tapasztalható fokozott szenzitivitás, a bizalomra és az intimitásra való képtelenség, a kiterjedt szorongás és a mindent átható bizalmatlanság érzése.

A gyermekkori **szexualizáció traumatikus**, mert a gyermek fizikailag és lelkileg egyaránt éretlen arra, képtelen annak megfelelő kezelésére, befogadására. Érzései, viszonyulásai megzavarodnak, megítélései konfúzzussá válnak. A szexualitás gyakran ijesztő vagy ambivalens élményekkel, emlékekkel kapcsolódik össze. A következmények végletesek: szexualizált, erotizált, promiszkuis magatartás, vagy ennek éppen az ellenkezője; a szexuális intimitás teljes, nem ritkán fóbiás kerülése. A felnőtté vált áldozatoknál gyakran tapasztalhatók a kapcsolati és szexuális problémák.

A szexuális visszaélés tényleges következményeit számos körülmény befolyásolja, így egyebek között az áldozat életkora, értelmi és érzelmi állapota, fejlettsége, az abúzus tartama, súlyossága, a család érzelmi légköre, a környezet reakciói, a gyermek és az elkövető közötti kapcsolat stb. Tapasztalataink szerint a traumafeldolgozás hatékonysága szempontjából ez utóbbi, vagyis a gyermek és a felnőtt közötti kapcsolat jellege meghatározó. A legsúlyosabb, legmélyebb személyiségsérülést a tartósan fennálló kapcsolatban, illetve a nagyon közeli, szeretett személy által elkövetett szexuális visszaélés okozza. (Balog – Virág, 2000)

4. Ami a felismerést segítheti – figyelmeztető jelek, „tünetek” (gyermek abúzus)

Érzelmi, pszichés és viselkedésbeli problémák (enyhébb vagy súlyosabb, rövid vagy hosszú távú)



Hirtelen, szélsőséges és indokolatlan viselkedésváltozás

- agresszivitás, ingerlékenység, düh
- visszahúzóds, magába fordulás
- változás az iskolai viselkedésben, tanulási teljesítményben, a társakhoz való viszonyban
- iskolakerülés, elcsavargás



Szorongás



Depresszió



Félelem – látszólag indokolatlanul – bizonyos személyektől, helyektől, vagy általában attól, hogy egyedül hagyják valahol vagy valakivel.



Regresszió – korábbi, már „kinőtt” viselkedések, szokások megjelenése (pl. a már szobatiszta gyermek éjszakánként ismét bepisil, megint elkezd szopni az ujját, látszólag ok nélkül vigasztalhatatlan zokogásokba tör ki, mint kisebb korban)



Alvászavarok



Étvágytalanság – a korábban egyébként jól evő gyermeknél



Szexualizált viselkedés (*leggyakoribb, legjellegzetesebb!*) – hirtelen és szokatlan szexuális érdeklődés/ismeret/viselkedés, váratlan és intenzív szexuális vagy szexuális jellegű játékok barátokkal, játéktárgyakkal, állatokkal, nyílt és gátlástalan önkielégítés, korai, gátlástalan és erőszakos szexuális vagy sexualizált magatartás, korát meghaladó szexuális ismeretek



Testi, fizikai panaszok sűrű megjelenése – kimutatható ok nélkül (fejfájás, hányinger, hányás, kiütések stb.)

5. Ami a megfelelő reagálást segíti – a segítő reakció

☝ **Alapelv: a gyermek nem hazudik, ha ilyen komoly dologról van szó. Higgy neki és támogasd őt feltétel nélkül!**

☝ **Hallgass figyelmesen és kérdezz nyugodtan. Kerüld a hosszas kikérdezéseket, "vallatásokat", és az indulatos, hitetlenkedő kijelentéseket. ("Ez hihetetlen!", vagy "Egyszerűen nem értem, hogyan történhetett ez meg veled!" stb.)**

☝ **Biztosítsd** arról, hogy **megérted**, és hogy **számíthat rád**

☝ **Ne reagálj szélsőségesen, ne fenyegezd az elkövetőt.** A gyermeknek *nyugodt és biztonságot nyújtó* védelmezőre van szüksége, aki nem ijeszti meg a saját félelmeivel, eltúlzott, hisztérikus, dühödtt vagy éppen depressziós viselkedésével

☝ **Ne vádold a gyermeket, ne ijesztgesd** az esetleges félelmetes következményekkel se. Éppen ellenkezőleg: arról kell biztosítanod, hogy ő nem tehet a történetéről. Ez azonban csak akkor lesz a gyermek számára hiteles és meggyőző, ha valóban így gondolsz.

☝ A gyermeket mindenekelőtt meg **kell nyugtatnod, és biztosítanod kell a támogatásodról.** Ezt elsősorban azzal érheted el, *amit* mondasz és teszel, illetve *ahogyan* mondasz és teszed ezt.

☝ **Ne áraszd el** a gyermeket, ne „fojtogasd” **saját érzéseiddel**, vagy annak folytonos ismételtetésével, hogy milyen szörnyű is az, ami történt.

☝ **Biztosítsd róla**, hogy **védve van a további támadásoktól**, és **gondoskodj is erről**, amennyire ez lehetőségedben áll.

☝ **Magadat se vádold, hibáztasd** a történetekért. **Az elkövető a bűnös, a bűn őt terheli!**

☝ Ha egyértelmű, hogy erőszak vagy visszaélés történt, **tegyél feljelentést és fordulj szakemberhez**, akitől a gyermek további segítséget kaphat.

☝ A felnőttnek, a **szülőnek is szüksége lehet segítségre.** Keress olyan közeli barátot, rokont, akivel megoszthatod érzéseid, akire támaszkodhatsz, vagy fordulj szakemberhez.

☝ Ugyanakkor **tartsd tiszteltben a gyermek intimitását.** Ne beszélj sokaknak arról, ami vele történt, ne hagyd, hogy mások kérdezzessék, ne beszélj másokkal a történetéről a gyermek előtt.

6. Ami a feldolgozást elősegíti

A különböző vizsgálatok, klinikai tapasztalatok és retrospektív beszámolók alapján számos tényező található, amely előmozdítja a trauma-feldolgozás folyamatát.

Külső támogatás – a családi vagy a családon kívüli – **professzionális segítség**

A bántalmazott gyermek környezetének értő és megértő reakciója, a közvetlen környezet elfogadó támogatása talán a legfontosabb gyógyító tényezők. A professzionális segítség gyermek- és felnőtt korban egyaránt komoly részese lehet a felépülés elősegítésének.


„Jól működő” anya és család

Mivel a gyermekkori abúzusok jelentős része „családon belül” történik, ahol – feltételezhetően – a család egyáltalán nem funkcionál jól és – az ilyenkor jellemző dinamikára figyelemmel – annak is megnövekedett a valószínűsége, hogy az anya sem „elég jó”, ez a faktor jellemzően hiányzik. (Bettelheim, 1994)

A terápia, a tanácsadás

egyebek mellett a lerombolt bizalom helyreállításában tehet sokat.

A kiegyensúlyozott önértékelés, a megfelelő önbecsülés ugyancsak a gyógyulás segítője lehet.

 Sokan említik a **spiritualitást**, mint felépülésük lényeges kapaszkodóját.

Ismeretek az abúzusról

Megszabadulás a büntudattól

Az abúzus – paradox módon – súlyos büntudat-érzések kialakulásával járhat együtt az áldozatoknál; az ezektől való megszabadulás is felszabadító hatású lehet.

IRODALOM

ADLER, F. – MUELLER, G. O. W. – LAUFER, W. S. (2000): *Kriminológia*. Osiris Kiadó, Budapest

BALOG Á. – VIRÁG Gy. (2000): *Szexuális abúzus*. Belügyi Szemle, 4–5. szám, 67–76. o.

BETTELHEIM, B. (1994): *Az elég jó szülő*. Gondolat Kiadó, Budapest

BROWNE, A. – FINKELHOR, D. (1986): *Impact of child sexual abuse. A review of the research*. Psychological Bulletin 99, pp. 66–77.

BROWNE, A. – FINKELHOR, D. (1986): *Initial and long term effects: a conceptual framework*. In: Finkelhor, D. (ed.): *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*. Sage, Beverly Hills

BURGESS, A. – HOLMSTROM, L.L. (1974): *Rape: Victims of Crisis*. Robert J. Brady Publishing Co., Maryland

DSM-IV text revision – A módosított DSM-IV (2001). Animula Kiadó, Budapest, 176–180. o.

FERENCZI S. (1997): *Nyelvzavar a felnőttek és a gyermekek között. A gyengédség és a szenvedély nyelve*. In: FERENCZI S.: *Technikai Írások*. Animula Kiadó, Budapest, 102–112 o. (Eredeti megjelenés: 1932)

FREUD, A. (1994): *Az én és az elhárító mechanizmusok*. Párbeszéd Könyvek, Budapest, 1994 (Eredeti megjelenés: *The ego and the mechanisms of defence*, 1936)

HANDBOOK on Justice for Victims. On the use and application of the Declaration of Basic Principles of Justice for Victims of Crime and Abuse of Power. New York: UN ODCCCP CICIP, 1999. <http://www.uncjin.org/Standards/9857854.pdf>

HERCZOG M. (szerk.) (1994): *A gyermekvédelem nemzetközi gyakorlata*. Pont Kiadó, Budapest

HERMAN, J. L. (2003): *Trauma és gyógyulás. Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*, Háttér Kiadó, Budapest (Eredeti megjelenés: *Trauma and Recovery*. Basic Books, 1992)

KEMPE, C. H. – SILVERMAN, F. N. – STEELE, B. F. – DROEGEMUELLER, W. – SILVER, H. K. (1962): *The Battered-Child Syndrome*. American Medical Association, no. 181, July 7, pp. 17–24.

KORINEK L. (1989): *Rejtett bűnözés*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest

KRUG, E.G. et al. (eds.) (2002): *World report on violence and health*. WHO, Geneva

MAGUIRE, M. – MORGAN, R. – REINER, R. (eds.) (2002): *The Oxford Handbook of Criminology*. Oxford University Press, Oxford

MANNHARDT A. (2001): *Lélektani lelemények – A Stockholm-szindróma.* In: *Élet és Tudomány*, 2. szám, 63. o.

MEZEY, G. (1988): *Reactions to rape: effects, counselling and the role of health professionals.* In: **MAGUIRE, M. – POINTING, J.:** *Victims of crime: a new deal?* Open University Press, pp. 66–73.

McLEER, S. (1988): *Psychoanalytic Perspectives on Family Violence.* In: **VAN HASSELT, V.B. et al.:** *Handbook of Family Violence.* Plenum Press, New York, pp. 11–31.

MIRRLEES-BLACK, C. (1999): *Findings from a new British Crime Survey self-completion questionnaire.* Home Office Research Study, vol. 191, London Home Office, p. 18. In: *Safety and Justice: The Government's Proposals on Domestic Violence*, 2003.

SALTER, A. (1995): *Transforming Trauma. A Guide to Understanding and Treating Adult Survivors of Child Sexual Abuse.* Sage Publication Inc.

SKOGAN, W. G. (1986): *The Impact of Victimization on Fear.* Crime and Delinquency, vol. 33., pp. 135–154.

SZÖLLŐSI G. (2005): *A családon belüli erőszak differenciáltsága – Különbségek a nevek, a felfogások és a helyzetek szintjén.* In: **VIRÁG Gy.** (szerk.): *Családi iszonyok. A családi erőszak kriminológiai vizsgálata.* KJK-Kerszöv–OKRI, Budapest, 65–87. o.

TJADEN, P. – THOENNES, N. (2000): *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: Findings from the national violence against women survey (No. NCJ 183781)* Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs

VIRÁG Gy. (2004): *Szexuális erőszak.* In: Irk F. (szerk.): *Áldozatok és Vélemények II. kötet.* OKRI, Budapest, 71–83. o.

VIRÁG Gy. (szerk.) (2005): *Családi Iszonyok. A családi erőszak kriminológiai vizsgálata.* KJK-Kerszöv–OKRI, Budapest

VIRÁG Gy. (2006): *Családon belüli erőszak.* In: **GÖNCZÖL K. – KEREZSI K. – KORINEK L. LÉVAY M.** (szerk.): *Kriminológia – Szakkriminológia.* Complex Kiadó, Budapest, 377–398. o.

VIRÁG Gy. – KÓ J. (1998): *Lakossági vélemények a szexuális erőszakról.* In: IRK F. (szerk.): *Kriminológiai és Kriminológiai Tanulmányok 35. kötet.* OKRI, Budapest, 250–276. o.

WALBY, S. – ALLEN, J. (2004): *Domestic Violence, Sexual Assault and Stalking: Finding from the British Crime Survey.* Home Office Research Study 276, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs04/hors276.pdf>

WATZLAWICK, P. (1989): *A helyzet reménytelen, de nem súlyos.* Helikon Kiadó, Budapest (Eredeti megjelenés: *The Situation is Hopeless but not Serious.* WW Norton Page, 1983)

WESTERLUND, M. – SANTTILA, P. – JOHANSSON, A. – VARJONEN, M. – WITTING, K. – JERN, P. – ALANKO, K. – SANDNABBA, K. N. (2010): *Does unrestricted sociosexual behaviour have a shared genetic basis with sexual coercion?* In: *Psychology, Crime & Law*, vol. 16, no. 1-2, January–February, p. 6; p. 5–23.

WINDT Sz. (2005): *A családon belüli erőszak statisztikai jellemzői – az 1997 és 2002 között ismertté vált bűncselekmények kriminálstatisztikai elemzése.* In: **VIRÁG Gy.** (szerk.): *Családi Iszonyok. A családi erőszak kriminológiai vizsgálata.* KJK-Kerszöv–OKRI, Budapest, 136–153. o.

WOLFE, D. A. – WOLFE, V. V. – BEST, C. L. (1988): *Child Victims of Sexual Abuse.* In: **VAN HASSELT, V. B. – MORRISON, R. L. – BELLACK, A. S. – HERSEN, M.** (eds.): *Handbook of Family Violence.* Plenum Press, New York, pp. 157–185.

ZEDNER, L. (2002): *Victims.* In: **MAGUIRE, M.– MORGAN, R. – REINER, R.** (eds.): *The Oxford Handbook of Criminology.* Oxford University Press, Oxford, pp. 419–457.

