

Bevezetés

Mivel kultúránként is, családonként is nagyon nagy eltéréseket tapasztalhatunk a gyermeknevelési szokások és gyermekekkel való bánásmód terén, nehéz pontosan meghatározni, hogy milyen bánásmód minősül bántalmazásnak és mi az, ami még a nevelés keretében elfogadható mértékű szigorinak tekinthető.

A gyermekbántalmazás formái

Fizikális bántalmazás

Aktív formáról – **bántalmazásról** -akkor beszélünk, ha valaki testi vagy lelki fájdalmat vagy sérülést okoz egy gyermeknek, ill. egy ilyen eseménynek tanúja, vagy tud róla, de nem akadályozza meg, illetve nem jelenti.

Változatai: fizikai-, érzelmi- bántalmazás.

Passzív formáról - **elhanyagolásról** akkor beszélhetünk, ha a gyermek alapvető fizikai, illetve pszichológiai szükségletei tartósan kielégítetlenek maradnak, úgymint: megfelelő étkezés, ruházat, szállás, orvosi ellátás, oktatás stb.

Fajtái: fizikai-, érzelmi-, oktatási-, nevelési elhanyagolás. {1, 2}

A gyermekbántalmazás előfordulásának helyszínei

Családon belüli erőszaknak (abúzusnak) minősül, ha valaki hozzátartozója biztonságát, testi-lelki épességét veszélyezteti, vagy károsítja, önrendelkezésében korlátozza, testi erőszakot követ el ellene, vagy annak elkövetésével fenyeget, illetve a személy tulajdonságait tönkreteszi, az áldozat számára elviselhetetlenné teszi az együttélést.

Családon kívüli abúzusról beszélünk, ha az elkövető nem családtag. {2}

A gyermekbántalmazás előfordulási gyakorisága

Nagyon nehéz megállapítani, aminek 3 fő oka van: egyrészt a bántalmazás jeleit és tüneteit a környezetben nem ismerik fel, másrészt bár felismerhetők a jelek, a bántalmazás gyanúja mégsem merül fel, harmadrészt bár az etiológia nem kérdéses, mégsem kerül bejelentésre, ezáltal nem kerül be a statisztikai adatokba. {3}.

Az utóbbi évtizedekben a felderített bántalmazások száma hazánkban ugrásszerűen növekszik. Borsod megyében az 1980-as években készült egy felmérés, mely alapján a gyermekek 5,7%-a súlyosan veszélyeztetett vagy bántalmazott {4}. 1994-ben Magyarországon 15.000 bántalmazott gyermekről szereztek tudomást a gyermekvédelmi szervek. Szakemberek szerint a felderített esetek száma hozzávetőleg egyharmada a tényleges bántalmazásoknak. {5}.

Az ENSZ Gyermeksegélyezési alapjának 2004-es, 27 országra kiterjedő nemzetközi felmérése alapján Magyarország „veszélyes hely” az itt élő gyermekek számára. Hazánkban havonta két gyermek hal meg bántalmazás következtében. {1}.

A 0-18 év közötti korosztály legveszélyeztetettebb csoportja a csecsemők. A sértettek több mint 50%-a 6 évesnél fiatalabb, a 12 évesnél idősebb gyermekek aránya 17% {6}.

Okok és Rizikótényezők

A szülő előtt nincs megfelelő gyermeknevelési modell, maga is bántalmazott gyermek volt. Hangulati betegsége, alacsony önértékelése, etil és/vagy szerfogyasztása szintén bántalmazásra hajlamosíthat.

Koraszülött, testi vagy szellemi fogyatékos gyermek, akinek gyakori sírása, rossz szokásai frusztrálják a szülőt.

Ha két testvér születése között kevesebb, mint 18 hónap telt el, a szülők fizikai és lelki terhelése erősen megnő, ami csökkentheti a gyermeki hibákkal szembeni toleranciájukat. Az étel rendszeres visszautasítása, későn kialakuló szobatisztaság, később a tanulási nehézségek a szülő nevelői önbizalmát csökkenthetik, s csalódásukat a gyermek erőszakos nevelésével fejezhetik ki.

Az alacsony szociális nivójú körökben gyakrabban észlelhető szellemi-lelki sivárság szintén elősegítheti a gyermekbántalmazás kialakulását. Az ilyen szülők alacsonyabb iskolai végzettségük következtében kevesebb agressziótól mentes konfliktuskezelő stratégiát tanulhatnak a környezetükben, a gyermeknevelés erőszakosabb formáit is elfogadják. A korai anya-gyermek kapcsolat hiánya miatt- gyakoribb a bántalmazás, ha a gyermek nevelőszülővel vagy nevelőintézetben él. {3, 7}

Fontosnak tartjuk megemlíteni a gyermekbántalmazás egy szokatlan és ritka formáját is, melyet a szakirodalom **Münchausen szindróma by proxy** (MSBP) néven ismer. Ebben a formában a bántalmazó a gyermeknél folyamatosan betegség tüneteket talál ki, vagy idéz elő szándékosan abból a célból, hogy a gyermeket betegnek tartsák. Enyhébb esetben az anyák nem direkt módon okoznak kárt a gyermeknek, hanem azzal, hogy indokolatlanul számos fájdalmas orvosi beavatkozásnak teszik ki őket. Súlyos esetben a szülők direkt behatásokkal komoly fizikai károsodásokat okozhatnak, melyek akár halálhoz is vezethetnek. A csecsemők és a kisdedek esetében gyakrabban fordul elő durva, aktív betegség okozás (pl.: görcs, hasmenés-, hányásindukálás). A tünetek megjelenése nagyon változatos. Az anyák általában túlzóan szoros, overprotektív kapcsolatot alakítanak ki bántalmazott gyermekükkel. A gyermek nevelése során megtapasztalják, hogy egy beteg gyermek gondozása kapcsán fokozott figyelmet, megbecsülést kapnak az egészségügyi ellátó rendszerben. {8}

Szexuális bántalmazás

A szexuális bántalmazás a dependens, fejlődésükben éretlen gyermekek és serdülők bevonása olyan szexuális aktivitásba, melyet nem értenek meg teljesen, nem képesek tájékozott beleegyezésüket adni hozzá. {9}

Az elkövető lehet gyermek-, serdülő-, vagy felnőtt korú. Nemi megoszlás szerint az elkövetők 75%-95% -a férfi, 5-15%-a nő. {10}

Az Egyesült Államok Humán Társaságának (American Human Association) 1981-es adatai alapján a lányok elleni szexuális erőszak ötször gyakoribb, mint a fiúk elleni. {11}

A szexuálisan bántalmazott gyermekek bármely etnikum vagy népréteg tagjai lehetnek. Az értelmi fogyatékosok nagyobb mértékű befolyásolhatóságuk miatt gyakrabban lesznek szexuális visszaélések áldozatai gyermekként, és felnőtt korukban egyaránt. {12}

A szexuális bántalmazás formái

Kontaktus nélkül: trágár beszéd, leszólitás, simogatás, pornográf képek, filmek nézetése, voyeurizmus, exhibicionizmus

Kontaktussal: csókolózás, intim területek fogdosása, orális szex, genitális-, anális közösülés, rituális szex, szadizmus, gyermekprostitúció

Intrafamiliaris bántalmazás esetében, mely az esetek nagyobb hányadában fordul elő, az elkövető legtöbb esetben az apa, vagy nevelőapa, de előfordul testvér incest is. Egyes szerzők kimutatták, hogy ha nevelőapa van a családban, a lányoknál hatszor gyakoribb a szexuális bántalmazás és súlyosabb, mint azoknál a családoknál, ahol a biológiai apával teljes a család. {13}

Az apai szexuális bántalmazás okai

Az anya domináns a családban, az apa alárendelt, félnék személyiség. Szexuális igényét így az anya helyett az alárendelt lánya révén próbálja meg kielégíteni. Az apa alkoholizmusa felszabadítja a morális gátlásokat, s így a szociális tabuk megszűnnek {14}.

A szexuális bántalmazás gyanújelei

Nem specifikus jelek. A gyermek életkorához nem illő szexualizált viselkedést, szóhasználatot alkalmaz.

Gyakori alhasi fájdalom, fájdalom és viszketés az anális-genitális területeken, ismétlődő húgyúti fertőzések fordulnak elő.

Specifikus jelek: A végbél sérülése, vérzése, váladékozása, széklettartási zavarok. A genitália gyulladása, sérülése, szűzhártya sérülése. A kiskorú terhessége, nemi betegsége, prostitúció, promiszkuitás {15}.

Pedofília

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint a pedofília pszichiátriai kórkép, a DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) a szexuális és nemi identitás zavarain belül a paraphiliák közé sorolja.

A pedofília DSM-IV. kritériumai

Intenzív szexuális fantáziák, szexuális készletések vagy magatartás legalább 6 hónapon keresztül ismétlődően, melynek keretében serdületlen gyermek(ek)kel történik szexuális tevékenység.

A személy viselkedése a szexuális készletések vagy készletések és fantáziák hatására észrevehető szenvedést vagy kapcsolati nehézségeket tükröz.

Az elkövető legalább 16 éves és legalább 5 évvel idősebb a szexuális aktivitásban részt vevő gyermek(ek)nél. {16}

A pedofilok jellemzői

Mindenfajta környezetben és bármilyen fajta foglalkozásuk között előfordulhatnak. Különösen gyakori, hogy olyan munkakört választanak, ahol gyermekekkel foglalkozhatnak.

Mind egyedülálló, mind családos személyek között előfordulhat a betegség, nők és férfiak egyaránt érintettek. A kizárólagos pedofilok csak gyermekekkel folytatnak nemi kapcsolatot, vannak azonban olyanok is, akik felnőttekkel is élnek szexuális életet, s csupán alkalmanként keresnek gyermekpartnert. A szakirodalom látens pedofiloknak tekinti azokat, akik alkohol-, vagy szerbefolyásoltság hatása alatt válnak pedofillá.

Zárkózott személyek, ezért a nyilvánosság helyett vágyaikat gyakran az internetes csevegő-szobákban és oldalakon elégitik ki, ahol hatványozottan kihasználják a látszólagos névtelenséget. Gyakran kezdetben csak bizalmat ébresztenek maguk iránt, majd egyre jobban igyekeznek áldozataikat irányítani. Az internetes beszélgetések után következik a személyes találkozó, amelynek során a fiatalok már sokszor megrontás sértettjévé is válhat. Mindez felhívja a figyelmet az internet veszélyeire. {17}

Saját alibi- rendszert építenek ki maguknak, azt állítják, hogy szeretik a gyermekeket, csábítják, ajándékokkal halmozzák el, és a gyermek látszólag elfogadja, beleegyezik a kapcsolatba, főként, ha a neki hiányzó szülő képét keresi. A legtöbb elkövető maga is szexuális visszaélés áldozata volt gyermekkorában. {18}

A pedofília gyakran titokban marad, melynek számos oka van. A gyermeket arra tanítják, hogy a felnőttekben bízni kell, és engedelmeskedni kell nekik. Az elkövetők gyakran az áldozatok bizalmába férkőznek, majd később gyakran fenyegetnek és zsarolnak is. Felderítés esetén a gyermekén stigma marad, a szülő is szégyennel küszködik.

A gyermekbántalmazás következményei

A bántalmazás hosszú távú következményeit nagyon nehéz pontosan prognosztizálni. Általánosságban elmondható, hogy minél fiatalabb a gyermek a bántalmazás időpontjában, és ha a gyermek a bántalmazóval előzőleg jó kapcsolatban volt, annál súlyosabb következményekre lehet számítani. Az ismétlődő bántalmazás következményei szintén súlyosabbak, mint az egyszeri trauma utóhatásai. {19}

A fizikális bántalmazás következményei

A fizikális bántalmazás és elhanyagolás a gyermekek szomatikus fejlődésének zavarához, különböző súlyosságú nem baleseti sérülésekhez, érzékszervi sérülésekhez, neurológiai és pszichológiai károsodásokhoz vezethetnek.

Pszichiátriai következmények: Mentális retardáció, részképesség zavarok, hiperkinetikus magatartászavar, kevert magatartás-és érzelmi zavarok, szomatizációs zavarok, alkalmazkodási zavarok, reaktív kötődési zavarok, hangulat zavarok, szorongásos zavarok - poszttraumás stressz zavar, alvászavarok. Gyakoribb a csavargás, szerfogyasztás, nagyobb a kriminális és szuicid veszélyeztetettség.

A szexuális bántalmazás pszichiátriai következményei

A szexuális bántalmazás rövid távú következményei közé tartoznak a szorongásos zavarok – poszttraumás stressz zavar, akut stressz zavarok, fóbia, étkezési zavarok, affektív zavarok (elsősorban depresszió), iskolai nehézségek.

Hosszú távú következmények lehetnek az affektív zavarok, magatartászavarok, személyiségzavarok, szerfüggőség, szexuális zavarok és a szexuális bántalmazóvá válás. Apai inceszt esetén lényeges, hogy a lánygyermek azt tanulja meg, hogy ellenkező nembelivel intim baráti kapcsolat csak szexuális kontextusban alakítható ki, így később kapcsolatait hamarabb szexualizálja.

A pedofiliának áldozatul esett gyermekek következményes jellemzői

Igen korán kezdik a szexuális életet, körükben nagyobb arányban fordul elő a serdülőkori nem kívánt terhesség. A gyermekkoros rossz élmény hatására a szexuális életről való felfogásuk, szexuális viselkedésük jelentősen módosul, a saját testükhöz és szexualitáshoz való viszonyuk eltorzul.

Mindezek mellett a pedofília lelki-és egyéb viselkedésbeli következményei az áldozat gyermekeknél nagyon sokfélék lehetnek - rémálmodok, tanulási nehézségek, suicidium, szerfűggőség.

Az egyik legfontosabb feladat a fenti következmények megelőzése szakszerű, hosszú távú pszichoterápiával. Amennyiben a szülő tudomást szerez arról, hogy gyermeke pedofília áldozata, akkor a körzeti, illetve az iskolához tartozó gyermek- és ifjúságvédelmi felelősökhöz és a rendőrséghez fordulhatnak segítségért, mivel az ilyen jellegű kapcsolat bűncselekménynek minősül. {17, 20}

Terápia és megelőzés

Fizikai bántalmazás esetén a terápia célja a gyermek védelmezése a további bántalmazástól, a család erősítése, a szülők gyermeknevelési készségeinek javítása, a nevelési módszerek átalakítása, a bántalmazás pszichopatológiai következményeinek feldolgozása a gyermekkel.

Több szakember együttműködése, esetkonferencia során az egyes szakterületek összehangolt működésének elősegítése, a család részéről krízisintervenció, a gyermek számára a trauma feldolgozását elősegítő pszichoterápia, szükség esetén gyógyszeres kezelés a terápiás lépések.

Elsődleges cél, hogy családon belüli bántalmazás esetén a gyermek a családban maradjon de megszűnjön bántalmazása. Egyes esetekben szükség lehet a gyermek családból való kiemelésére.

Szexuális bántalmazás esetén a terápia célja a bántalmazás következményeinek feldolgozása. Összehasonlító vizsgálatok szerint a kognitív-behavior terápiás forma bizonyult leghatásosabbnak.

Fontos a szülő, szükség esetén az egész család bevonása a terápiába, esetenként családi krízisintervenció, szülői szerepek tanítása, nevelési készségek fejlesztése. Különösen fontos a családgondozás, a családok rendszeres látogatása, mely a későbbiekben csökkenti a későbbi tünetek kialakulását.

Az esetkonferenciák szintén fontos szerepet kapnak. A szexuális bántalmazások esetében a bántalmazók kezelése is kulcsfontosságú. {21}

Prevenció

A **primer prevenció** szerteágazó társadalmi feladat, gazdasági (munka, jövedelem, lakás), szociálpolitikai (gyermekes családok támogatása, GYED, anyasági pótlék, adókedvezmények), jogi (a bántalmazás szankcionálása) és kulturális (média, ismeretek közvetítése) intézkedések összességét feltételezi.

A **gyermeket** fel kell világosítani a bántalmazás lehetőségéről, emellett meg kell tanítani a személyi biztonságra. Ismereteket kell nyújtani a szexuális visszaélésről, kialakítani azt a képességet, hogy a gyermek felismerje azt. Fejleszteni kell az ítélőképességet, a gyakorlati tudást, amely képessé teszi őket arra, hogy saját testük felett felügyeletet gyakoroljanak a szeretet fizikai megnyilvánulásai során. Meg kell tanítani a gyermekeket arra, hogy hogyan utasítsák el a számukra nem tetsző közeledést. Erősíteni kell a felnőttekbe vetett bizalmat, hogy a felnőtt hisz neki és megvédi, ha egy ilyen esetet elmond.

A pedofília megelőzése kulcsfontosságú feladat, melynek egyik leghatékonyabb módszere a pedofilok szűrése lehetne. {18}

A **szülőknek** mindig tudniuk kell, hogy hol, kivel van a gyermekük. Kíséret nélkül nyilvános toalettre ne engedjék. A szülők hallgassák meg és higgyenek a gyermeknek. Figyeljenek oda, mit nem mond ki a gyermek, és mire mond nemet. Tanítsák meg a gyermeket minél korábbi életkorban a testrészek pontos nevére.

A **szekunder prevenció** a rizikócsoporthoz irányuló megelőzési tevékenység, ebben a gyermekjóléti szolgálatok és védőnők szerepe kiemelkedő. A magas rizikójú családok szűrése, felkutatása, a magas rizikójú családokban a szülői képességek fejlesztése, a családok működésének javítása és a szakemberek felkészítése a bántalmazás gyanújeleire felismerésére kulcsfontosságú feladatok.

A **tercier prevenció** gyakorlatilag a kezelést jelenti, melyet a fentiekben részleteztünk. Célja a recidíva csökkentése. Ide tartozhat pl.: megtanítani a szexuálisan bántalmazott gyermeket arra, hogy kerüljék el, hogy ismételten áldozattá váljanak. {7,21}

Szintén fontosak az ország különböző pontjain elérhető krízisközpontok, telefonos segélyvonalak, melyek családon belüli erőszak esetén felkereshetők (pl.: Országos Kríziskezelő és Információs Telefonszolgálat, Eszter ambulancia, Caritas lelkesegély Szolgálat stb.).

Összefoglalva elmondható, hogy a gyermekbántalmazás növekvő előfordulási gyakorisága felhívja a szakemberek figyelmét a minél hatékonyabb megelőzés, felismerés, és kezelés fontosságára. Kiemelt figyelmet szenteltünk a fizikális és szexuális bántalmazásnak. A pedofiliát jelen korunk aktualitása miatt fontosnak tartottuk külön tárgyalni. Mindenekelőtt az egyik legfontosabb feladat a problémakört érintő szakterületek összefogott és egységes munkája a gyermekek és serdülők egészségnek megőrzése érdekében.

Irodalom:

{1} Révész György, Szülői bánásmód-gyermekbántalmazás Új Mandátum Könyvkiadó, Bp. 2004.

{2} Herczog Mária, Kovács Zsuzsanna, A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése, kezelése és felismerése, MAVÉ Budapest 2004.

{3} David Skuse and Arnon Bentovim, Physical and Emotional Maltreatment in Michael Rutter, Eric Taylor And Lionel Hershow, Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches, p.:212, Blackwell Science, 1994.

{4} Velkey László, A „megvert”, „megkínzott”, „megrázott”, „bántalmazott” gyermek syndroma. Gyermekgyógyászat, 1994/4. 267-279, 1994.

{5} Vekerdy Tamás, Gyermekbántalmazás 2. Nők Lapja, 2005/6.

{6} Kerecsi Klára , A védtelen gyermek, Közgazdasági és jogi Könyvkiadó, Bp., 1995.

{7} Babity Mária: A gyermekbántalmazás felismerése, megelőzése, kezelése Eötvös József Főiskola, Baja, 2005.

{8} Dr Palaczky Mária, Dr. Vereby Beáta, Dr. Páli Eszter, Dr. Révész György, A Gyermekbántalmazás, Szerk.: Dr. Vetró Ágnes, Gyermek és Ifjúságpszichiátria, Medicina Könyvkiadó Rt. Bp., 2008, P.367-369.

{9} Margjorie Smith and Arnon Bentovim, Physical and Emotional Maltreatment in Michael Rutter, Eric Taylor And Lionel Hershow, Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches, Blackwell Science, 1994. P. 231.

{10}Dr Palaczky Mária, Dr. Vereby Beáta, Dr. Páli Eszter, Dr. Révész György, A Gyermekbántalmazás, Szerk.: Dr. Vetró Ágnes, Gyermek és Ifjúságpszichiátria, Medicina Könyvkiadó Rt. Bp. 2008. P.362-363.

{11} Arthur H. Green, M.D., Child Sexual Abuse and Incest in Melvin Lewis, Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook, Williams and Wilkins, 1996. P. 1041.

{12} Zolnai Erika, Felnőttek, mert felnőttek. Értelmi sérült felnőttek szexuálpedagógiai támogatása, Kézenfogva Alapítvány, Budapest, 2001.

{13} Margjorie Smith and Arnon Bentovim, Physical and Emotional Maltreatment in Michael Rutter, Eric Taylor And Lionel Hershov, Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches, Blackwell Science, 1994. P.233.

{14} Arthur H. Green, M.D., Child Sexual Abuse and Incest in Melvin Lewis, Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook, Williams and Wilkins, 1996. P.1042.

{15} Dr. Kovács Zsuzsanna, A védőnők szerepe a gyermekbántalmazás megelőzésében, Pécs, 2008.

{16} A DSM-IV. módosított szövege, Animula Egyesület, Bp. 2001.

{17} <http://egeszseg.origo.hu/cikk/0804/515534> 2008.

{18} Dr. Vetró Ágnes: Gyermekbántalmazás, Magyar Nőorvos Társaság Gyermekgyógyász Szekció XXIX. Kongresszus, Szeged, 2009.

{19} Révész György, A felnőtt világ gyermekekkel kapcsolatos elvárásai és a gyermekbántalmazás. Magyar Pszichológiai Szemle, 1999.LIV., 3. 1999. P.387-404.

{20} Conte, J.R.: A gyerekekkel szembeni szexuális erőszak. In: Lakner Zoltán, Tordainé Vida Katalin, Tordai Vilmos: Gyermekbántalmazás I-II. Kalendart Kiadó, Esztergom, 1997.

{21} Herman J., Trauma és gyógyulás. Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig. Háttér Kiadó, Bp., 2003.

Kérdések:

1. Mikor beszélünk családon belüli abúzusról? (egy helyes válasz)
 - a) Az apa a bántalmazó
 - b) Az anya a bántalmazó
 - c) A nagyszülő a bántalmazó
 - d) Mindhárom esetben
2. A gyermekbántalmazás rizikó tényezői (egy helyes válasz)
 - a) A szülő előtt nincs megfelelő gyermeknevelési modell
 - b) A szülő is bántalmazott volt gyermekkorában

- c) Koraszülött, testi vagy szellemi fogyatékos gyermek
 - d) Mindhárom
3. A szexuális abúzus fizikális vizsgálat során észlelhető speciális gyanújeleit (egy helytelen válasz)
- a) A végbél sérülése, vérzése, váladékozása, széklettartási zavarok
 - b.) A külső genitáliák gyulladása, sérülése, szűzhártya sérülése
 - c) Hasüregi szervek vérzései
 - d.) A kiskorú terhessége, nemi betegség
4. A gyermekbántalmazás megelőzése érdekében milyen primer prevenciós lehetőségeket említ a cikk? (egy helytelen válasz)
- a) A gyermeket fel kell világosítani a bántalmazás lehetőségéről
 - b) Pedofilek szűrése
 - c) Meg kell tanítani a gyermekeket a közlekedés szabályaira
 - d) Meg kell tanítani a gyermekeket arra, hogy hogyan utasítsák el a számukra nem tetsző közeledést