



A gyermekkori szexuális abúzus felismerése az egészségügyben: kihívások és kriminológiai összefüggések

Identifying Child Sexual Abuse in Healthcare: Challenges and Criminological Insights

Fliegauf Gergely

Dr., PhD, pszichológus, kriminológus
Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet,
Módszertani Igazgatóság
gergely.fliegauf@gmail.com



Absztrakt

Cél: Jelen rövid, összefoglaló cikk célja a gyermekek sérelmére elkövetett szexuális abúzus (CSA) egészségügyi felismerésének, az első észlelés jelentőségének és kriminológiai vonatkozásainak feltárása, különös tekintettel az egészségügyi intézmények szerepére.

Módszertan: A tanulmány elsősorban nemzetközi szakirodalmi áttekintésre és pszichológiai, kriminológiai források elemzésére épül, valamint hazai irányelveket és nemzetközi modelleket (például Barnahus) vet össze.

Megállapítások: A CSA felismerését jelentősen befolyásolja a dolgozók érzelmi megterheltsége, valamint a kórházi környezet és a jelzési kötelezettség összetettsége. A látencia magas, a bejelentés elmaradása több helyzetben gyakori lehet, és komoly pszichés terheket ró a szakemberekre.

Érték: A kutatás hozzájárulhat egy egységes, bizonyítékokon alapuló „első észlelő protokoll” kialakításához, a gyermekvédelmi jelzések hatékonyságának növeléséhez, a prevenció stratégiák fejlesztéséhez és a szakemberek mentális támogatásához az egészségügyi rendszerben.

Kulcsszavak: gyermekek elleni szexuális abúzus, első észlelés, jelzés tétele, jelentés, egészségügy

A szerző a kéziratot magyar nyelven nyújtotta be. Benyújtás ideje: 2025. 10. 22. Átdolgozás: 2026. 01. 21. Elfogadás: 2026. 02. 11.



Abstract

Aim: The aim of this short, overview article is to explore the medical identification of child sexual abuse (CSA), the significance of its initial detection, and its criminological implications, with particular regard to the role of healthcare institutions.

Methodology: The study is based on a literature review and analysis of psychological and criminological sources, and compares domestic guidelines and international models (e.g., Barnahus).

Findings: The identification of CSA is substantially influenced by the emotional stress experienced by staff, as well as the complexity of the hospital environment and the reporting obligation. There is high latency, failure to report may be common in many situations, and it places a serious psychological workload on professionals.

Value: The research can contribute to the development of a uniform, evidence-based “first detecting protocol,” to increasing the effectiveness of child protection reporting, to the development of prevention strategies, and to the mental support of professionals in the healthcare system.

Keywords: child sexual abuse, first detection, reporting, health care

Bevezetés

Az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról (Gyvt.) 17. § (4a) bekezdése szerint, ha az egészségügyi szolgáltatást nyújtó személyek (azaz az egészségügyi szakdolgozók) gyermeket érintő, kiemelt veszélyeztető körülményt észlelnek, haladéktalanul, de legkésőbb három napon belül jelzést kell tenniük a gyermekjóléti szolgálat felé, vagy hatósági eljárást kell kezdeményezniük. A személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet szerint a gyermek szexuális bántalmazására utaló kiemelt veszélyeztető körülmény három típusba sorolható:

- a gyermek testnyílásainak nem baleseti eredetű, külső behatás okozta sérülése,
- a tizennegyedik életévét be nem töltött gyermek várandóssága, ideértve azt az esetet is, amikor a tizennegyedik életévét betöltött várandós gyermek esetében megállapítható, hogy a születendő gyermek fogantatására a tizennegyedik életév betöltése előtt került sor, valamint,

- ha a gyermek vagy közeli hozzátartozója tizennyolcadik életévét betöltött személy által elkövetett szexuális abúzusról számol be [15/1998. (IV. 30.) NM rendelet 11/A. §].

A fentiek értelmében indokoltnak tűnik, hogy megvizsgáljuk, mi a gyermekek sérelmére elkövetett szexuális abúzus (child sexual abuse, CSA) természete, nemzetközi és hazai meghatározása, az egészségügyi következményei, a kriminológiai sajátosságai, az első észlelés fogalma, valamint az azt hátráltató körülmények.

A CSA természete

A gyermekek ellen elkövetett szexuális visszaélés rendkívül kényes téma. A hétköznapi beszélgetések során, de a tudományos fórumokon is gyakran hangzik el az a kijelentés, hogy a CSA esetében rendkívül magas lehet a látencia, a nem jelentett esetek száma akár harmincszor több lehet, mint azoké, amelyekről jelzés készült (Gewehr et al., 2021; Mathews & Collin-Vézina, 2017). Az Európa Tanács becslése szerint minden ötödik gyermeket érinti a CSA a kontinensen (Romeo-Biedma & Horno, 2020). Van olyan adat, amely arra utal, hogy a lányok egyötöde, míg a fiúk egyhetede él át szexuális bántalmazást (Schnabel et al., 2025).

Hazánkban rendkívül nehéz statisztikai adatokat találni a CSA-val kapcsolatban. Elmondható azonban, hogy a legfrissebb gyermekjogi jelentés szerint 2022 és 2023 között 1013-ról 1039-re nőtt a család- és gyermekjóléti szolgálatoknál és központoknál ellátott, szexuálisan bántalmazott gyerekek száma (Hintalovon Gyermekjogi Alapítvány, 2025a). Természetesen ez az adat nem tükrözi vissza, hogy valóban hány gyermeket érint a CSA. A közelmúltban hazánkban a gyermekek sérelmére elkövetett szexuális visszaélések büntetőjogi megítélése jelentősen szigorodott (Hurtony, 2022). Ezek szerint a kifogástalan életvitel ellenőrzését a Nemzeti Védelmi Szolgálat végzi, a jelzésétél elmulasztása is büntető eljárást vonhat maga után, a gyermekek ellen elkövetett szexuális bűncselekmények nem évülnek el, az elkövetők nem bocsáthatók feltételes szabadságra, velük szemben a kitiltás jogintézményét is alkalmazni lehet, valamint nem részesülhetnek köztársasági elnöki kegyelemben. Az elkövetők nem kerülhetnek reintegrációs őrizetbe, valamint a büntetés-végrehajtás a sértettet a fogvatartott szabadulása előtt értesíti (Hurtony, 2025). Ugyanakkor érdemes arról is említést tenni, hogy – mintegy az ördögi kör bezáródásaként – a gyermekmoleesztáló fogvatartottak erőszak áldozatai lesznek a hazai börtönökben (Drexler & Somogyvári, 2015).

A CSA kiderülésének egyik gyakori helyszínét képezik az egészségügyi intézmények. Ez a jelenség kriminológiai szempontból is jelentős. Egy amerikai kutatás szerint a kórházban CSA gyanúval jelentkező gyermekek túlnyomó többsége (94,8%-a) lány, az elkövetők pedig jellemzően férfiak (96,6%). Kórházi adatok szerint a 13 évesnél fiatalabb lányok 47,7%-a közvetlen családtag által szenvedte el a CSA-t, és 55,7%-uk a saját otthonában (Lee et al., 2021).

A CSA definíciója

Az Egészségügyi Világszervezet szerint a CSA „*A gyermek olyan szexuális tevékenységbe való bevonása, amelyet nem teljesen ért meg, és amelyhez nem képes tájékozott beleegyezését adni, vagy amelyre a gyermek fejlődési szempontból nincs felkészülve, vagy amely sérti a társadalom törvényeit vagy társadalmi tabukat.*” (Regional Committee for Africa, 2004). A bevonás történhet nézőként vagy résztvevőként egyaránt (Kiss & Demjén, 2016). A fenti meghatározáshoz képest a magyar *Egészségügyi szakmai irányelv* a gyermek kényszerítését és csábítását is előtérbe helyezi, valamint kitér pornográfiára és az incestusra is (Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság, 2024).

Más meghatározások kiemelik a CSA okozta komplex, mentális és testi traumákat. Ha egy felnőtt létesít szexuális kapcsolatot egy gyermekkel, az egyértelműen CSA. Szürke zónának nevezik azt az esetet, amikor serdülők vagy másik gyermekek lépnek szexuális kapcsolatba gyermekkel (Herland, 2024). Ezzel a jelenséggel az egészségügyi irányelv is foglalkozik. A CSA két fő formája különíthető el: érintéses és nem érintéses visszaélés. Online is megtörténhet, és kapcsolatban áll a gyermekek szexuális kizsákmányolásával. Definíciós elem még az erőszak jelenléte mellett az erőszak hiánya is, amikor a gyermeket megtevesztéssel veszik rá a szexuális érintkezésre. Ide tartozik az is, amikor a gyermekkel elhitetik, hogy ő beleegyezett az aktusba. A gyermek néha nem is tudja, hogy mi történik vele valójában. Szintén kiemелendő, hogy a CSA káros hatása a fiúkat és lányokat egyaránt érinti, minden életkorban előfordulhat, és károsító hatása független az etnicitástól és a szocio-ökonómiai státusztól. A definíciók és az ahhoz kapcsolódó mérőeszközök sokrétűek. Legalább hét-féle nemzetközi kérdőívrendszer van és volt használatban a CSA prevalenciájának felderítésére (Mathews & Collin-Vézna, 2017).

Magyar szempontból is rendkívül fontos a beleegyezés életkori kérdése. Ez hazánkban 12 év. A gyermeknek nincsen érett döntéshozó képessége, és ezért nem tud beleegyezni a szexuális aktusba, valamint zsarolás, manipuláció és fenyegetés áldozata is lehet (Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság,

2024; Hintalovon Gyermekjogi Alapítvány, 2025b). Az EU országainak nagyobbik része hasonló szabályzással rendelkezik, azonban Máltán, Cipruson, Spanyolországban, Írországban, az Egyesült Királyságban, Hollandiában, Belgiumban, Luxemburgban, Litvániában, Lettországban és Finnországban szigorúbbak a normák, ezekben az országokban több eset tekintenek abúzusnak, mert a beleegyezési életkor magasabb (European Union Agency for Fundamental Rights, 2017). Ez a körülmény nehezíti a nemzetközi összehasonlíthatóságot bármilyen szempontból (például kriminológiai vagy egészségügyi változók mentén). Meg kell említeni még a képalapú szexuális visszaélést, ami beleegyezés nélküli fotózást és annak megosztását jelenti, és jelentősen káros a gyermek személyiségfejlődésére. Több ezer eset elemzése arra világított rá, hogy az áldozatok 29%-ának különösen súlyos lelki szenvedést okoztak a történetek (Colburn et al., 2025).

Egészségügyi következmények

A CSA pszichiátriai és pszichés következményei az esemény óta eltelt idő függvényében változnak. Rövid távú vagy azonnali reakciók: akut stresszreakció (például sokk, disszociatív tünetek), bűntudat, intenzív félelem, specifikus fóbiák, fokozott éberség (hipervigilancia). Középtávú következmények: önészlelési zavarok, tanulási és iskolai teljesítményromlás, magatartási zavarok, alvás-ébrenlét ciklus zavarai, életkorhoz nem illeszkedő szexuális viselkedés, agresszió, szerhasználati zavar, prostitúció, valamint diszfunkcionális társas alkalmazkodás. Hosszú távú következmények: szorongásos zavarok (például generalizált szorongásos zavar, pánikzavar, poszttraumás stressz zavar), étkezési zavarok, depresszív zavarok, öngyilkossági és/vagy paraszucid kísérletek, pszichotikus zavarok (például szkizofrénia spektrum), személyiségzavarok (különösen antiszociális és borderline), krónikus szerhasználati zavarok, alkalmazkodási zavarok, intimitási nehézségek, a szexuális működéssel kapcsolatos zavarok, valamint tartós személyközi és kapcsolati problémák (Srivastava et al., 2017). A penetrációval járó CSA, valamint az incestus jellemzően súlyosabb pszichiátriai és pszichoszociális következményekkel jár (Turan et al., 2025). A CSA és bizonyos pszichiátriai és pszichológiai tünetek több tudományos eredmény szerint összefüggésbe hozhatók, azonban a kapcsolat természetének megértéséhez további alapos kutatás szükséges (Chen et al., 2010).

A gyermekkori traumatikus stressz (child traumatic stress) olyan állapot, amely egy vagy több averzív életesemény (például CSA) után alakul ki, és befolyásolja a gyermek érzelemszabályozását. A tünetek széles skálán mozoghatnak,

ideértve a szorongást, depresszív tüneteket, viselkedésváltozásokat, kötődési nehézségeket, regressziót, alvás- és étkezési zavarokat, fizikai panaszokat, valamint idősebb gyermekeknél a szerhasználatot, a kockázatkereső magatartást vagy a normaszegő szexuális életet. Kezelés hiányában a visszatérő traumatikus élmények idegrendszeri változásokat és hosszú távú testi-lelki egészségromlást eredményezhetnek, ami fokozza a korai halálozás esélyét és a tartós izolációt (Maniglio, 2012). Az intézményi szexuális bántalmazást átélt gyermekek érzelmi és viselkedésbeli reakciókat mutathatnak. Ide sorolhatók az alvászavarok és a rémálmok fokozódása, a visszahúzódó vagy az indulatos viselkedés, bizonyos személyek kerülése, valamint az életkorhoz nem illeszkedő nyelvhasználat, szleng-beszéd vagy a koraérett szexuális ismeretek (Wyles et al., 2024).

Egy narratív vizsgálat szerint a CSA-t gyermekkorukban átélt felnőttek igyekeztek elnyomni az emlékeiket, csak később jöttek rá, hogy mi történt velük, valamint lassan vált számukra világossá, hogy az események milyen módon és milyen jelentős mértékben befolyásolják a jelenlegi életüket (Herland, 2024).

A gyermekkorban elszenvedett CSA nemcsak pszichés, hanem számos testi következménnyel is járhat. A leánygyermekek elleni CSA nőgyógyászati és urológiai tüneteket okoz, de bizonyos idő elteltével a behatolás nem bizonyítható. Ugyanígy folytatólagos elkövetés esetén is kérdéses lehet a CSA diagnózisa (Kiss & Demjén, 2016). Az érintetteknél nagyobb arányban fordulhatnak elő krónikus betegségek, például asztma, daganatos megbetegedések vagy szív- és érrendszeri kórképek. Gyakoribb a korai vagy nem kívánt terhesség, és a reprodukív szerveket érintő szövődmények. Megnő a szexuális úton és vérrel terjedő fertőzések kockázata is. A szomatikus tüneteket okozó panaszok lehetnek továbbá az éjszakai ágybavizelés, az emésztőrendszeri problémák, a fejfájás, a hasi diszkomfortérzet, a krónikus fáradtság, az irritábilis bél szindróma, a jelentős testsúlycsökkenés, valamint az alvászavarok (Friedrich & Schafer, 1995).

A genitális és az anális területen a CSA következtében keletkezhet zúzódás, karcolás, viszketés, érzékenység, váladékozás, sőt vérzés is (Kiss & Demjén, 2016). Idegen testek bukkánhatnak fel a gyermekek testnyílásaiban (Kiss & Demjén, 2016). A szexuális úton terjedő bőrbetegségek, a konnatális és a szerzett szifilisz, a gonorrhoea, a HIV-fertőzés és a kondilóma utalhatnak CSA-ra is (Szalai, 2016). A sebészeti tünetek a gyermek szexuális aktusra való kényszerítése közben keletkezhetnek, éppen úgy, ahogy a többi fizikai gyermekbántalmazással összefüggésbe hozható sérülés, mint a zúzódások, a törések, a vérömlenyek, a horzsolások (megragadási nyomok), szúrt, metszett, vágott vagy repesztett sebek, harapások vagy a haj kitépése (Sárközy, 2016). A hosszan tartó, folytatólagos CSA esetek narratívái szerint viszont nincsenek fizikai sérülések (Sinno, 2025).

Bizonyos testi tünetek – például anogenitális szemölcsök (kondilómák) – nem minden esetben utalnak egyértelműen szexuális bántalmazásra, de tapasztalt egészségügyi dolgozóknál ilyenkor is felmerülhet a CSA gyanúja (de Azevedo Bispo et al., 2024; Pilar et al., 2025).

Kriminológiai sajátosságok

A CSA kriminológiai sajátosságai legalább két fő forrásból erednek. Egyrészt abból, hogy az érintett gyermek olyan társas és családi környezetben él vagy éli túl a CSA-t, ahol nyíltan, burkoltan vagy rejtetten különböző, és nem feltétlenül kizárólag szexuális jellegű bűncselekmények zajlanak a sérelmére. Másrészt abból, hogy a CSA-túlélő gyermekek által elkövetett bűncselekmények közvetlenül vagy közvetve összefüggésbe hozhatók a korábban elszenvedett traumával.

Nemi különbségek mutathatók ki a CSA és a felnőttkori pszichés panaszok között. A nőknél gyakoribb a szexuális diszfunkció, a depresszió és a későbbi áldozattá válás kockázata. Ha a CSA fenyegetéssel valósult meg, nagy valószínűséggel szorongásos zavarok alakulnak ki (Beitchman et al., 1992). Magyar kutatók mutatták ki a CSA és borderline személyiségzavar közötti kapcsolatot (Merza et al., 2017). Nők esetében a korábban átélt CSA következménye az is lehet, hogy saját gyerekeikről nem tudnak gondoskodni (Lange et al., 2020). Férfi áldozatok esetében is gyakori a felnőttkori szexuális működés zavara. A bántalmazás kezdeti életkora és a kimenetel közötti kapcsolat nem egyértelmű, azonban súlyosabb hosszú távú következmények figyelhetők meg, ha az elkövető az apa vagy a mostohaapa, illetve ha a bántalmazás penetráció formájában valósult meg. A hosszabb időtartam nagyobb hatással, az erőszak vagy azzal való fenyegetés pedig fokozott károsodással jár (Beitchman et al., 1992).

A gyermekkorban szexuális abúzust elszenvedett személyek nagyobb valószínűséggel kerülnek kapcsolatba a rendőrséggel bármilyen ügyben, mint a teljes lakosság többi tagja (Ogloff et al., 2012).

Nem szabad megfeledkezni arról, hogy a CSA esetében a gyermek bűncselekmény áldozata, azonban még mindig léteznek áldozathibáztató és toxikus nemi sztereotípiák, amelyek akadályozzák az igazságos eljárást és a bűncselekmények elleni hatékonyabb fellépést (Nelson, 2024).

Az első észlelés fogalma

A szexuális zaklatás magyarországi áldozatainak számát valószínűleg alábecsüljük (Kiss & Demjén, 2016), ezért a gyermekbántalmazás, különösen

a szexuális abúzus felismerésében kulcsszerepet játszanak azok a személyek, akik az érintettekkel először találkoznak hivatalos élethelyzetben, például az egészségügyben. Ezek közül két kategória különíthető el: az első észlelő és az első beavatkozó.

Az első beavatkozó (first responder)

Az első beavatkozó az a személy, aki először tesz hivatalos lépést a CSA-gyanú kapcsán. Ez történhet például védőnői konzultációval, jelzéssel a gyermekvédelmi rendszer felé, vagy rendőrségi feljelentéssel. Fontos megkülönböztetni az első észlelőtől, mivel a beavatkozó sok esetben nem azonos a személlyel, aki először szerez tudomást az esetről. A gyakorlatban, kórházi közegben az első beavatkozók gyakran szociális munkások, akik más feladatkörrel is rendelkeznek.

Az első beavatkozó tehát értesül a CSA-ról (például felmerül a gyanú, a gyermek vagy valaki más beszél róla), majd három alapvető irányban kell intézkedést tennie: talán a legfontosabb, hogy a gyermeket támogassa (család, barátok, iskola, mentális és testi panaszok ügyében), értesítse a szociális hálózatot és/vagy a rendőrséget, valamint akkor is tegyen valamilyen intézkedést, ha az igazságszolgáltatást nem kell bevonni az esetben (Tregidga, 2023).

Az első észlelő

Az első észlelő az a személy, aki először észleli a CSA gyanúját – ez történhet a gyermek közvetlen feltárása révén, vagy nem verbális jelek alapján. Az észlelőnek nem feltétlenül munkaköri kötelessége a CSA szakszerű felismerése, azonban bizonyos esetekben jogi kötelezettsége lehet a jelentés (például egészségügyi dolgozók esetén). Kórházi környezetben az első észlelő nem feltétlenül orvos vagy ápoló – lehet takarító, pszichológus, vagy bárki, aki kapcsolatba kerül a gyermekkel. A leggyakoribb észlelési forma, ha a gyermek verbálisan beszámol az eseményről, de előfordulhat, hogy az elkövető vagy egy kísérő személy közli az abúzust.

A CSA feltárása

Itt kiemelten fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy a „feltárás” szót arra a jelenségre értjük, amikor a gyermek közli, hogy őt szexuális bántalmazás érte, nem a rendőrség által alkalmazott feltárásról van szó.

Lényegi kérdés, hogy mikor és hol tárja fel a gyermek az őt ért traumát, és milyen körülmények között derül ki a CSA (Schnabel et al., 2025). A kórházi környezet számos szempontból nem kedvez a CSA feltárásának, hiszen az egészségügyi ellátás elsődleges funkciója a gyógyítás. Bizonyos tünetek félrevezetőek lehetnek, más tünetek fennállása esetén pedig nem kizárólag CSA-ra lehet gyanakodni. A penetrációval járó CSA gyakran nem okoz kimutatható szomatikus eltérést, így gyanút inkább a pszichiátriai tünetek és pszichológiai panaszok kelthetnek. Dilemmát jelenthet, hogy a személyzet nagyobb segítséget nyújt-e azzal, ha igyekszik részleteiben feltárni a traumát, vagy a gyermek védelme érdekében inkább minimalizálja a retraumatizáció kockázatát. (A jelenlegi magyar gyakorlat szerint a CSA jogi természetű feltárása a rendőrség feladata.) Ugyanakkor a kórház biztonságosabb társas közeget kínál, mivel – ideális esetben – az elkövető nincs jelen. A beszélni még nem tudó gyermekek azonban nem feltétlenül kerülnek előnyösebb helyzetbe, hiszen a szülőkhöz fűződő ambivalens érzelmeik és a nehezen értelmezhető nonverbális jelek korlátozhatják a feltárás lehetőségét. Óvodás- és kisiskoláskorban az életkori és fejlődéslélektani sajátosságok miatt nem várható el a CSA explicit verbálizálása; náluk főként viselkedéses jelek utalhatnak a bántalmazásra (Pilar et al., 2025). Serdülőknél a nyílt kommunikációt már nem a verbalitás hiánya, hanem más akadályozó tényezők nehezítik (például a szégyen, a bűntudat vagy a féltelenség). A kórházi személyzet szakmai felkészültsége, érzékenysége és tapasztalata alapvetően befolyásolja a CSA feltárásának eredményességét, míg a kórház menedék jellege kedvezhet a gyermekek megnyílásának.

Az első intézkedés (gyermekvédelmi jelzés – jog)

A CSA észlelését követő hatósági jelzés vonatkozásában az irányelv – a fizikai vagy érzelmi bántalmazásra vonatkozó protokollal ellentétben – nem tartalmaz külön folyamatábrát (Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság, 2024). Értelmezésünk szerint azonban a meglévő két folyamatábra iránymutatásként szolgálhat a szükséges intézkedések meghatározásához. Amennyiben a gyermek fizikai sérülést szenvedett, a Gyvt. 17. §-a alapján minden ellátónak jelzési kötelezettsége áll fenn. A jelzés célpontja a fizikai sérülés súlyosságától és a szülő együttműködésétől függően lehet a rendőrség azonnali értesítése, a gyámhivatal, illetve a gyermekjóléti szolgálat megkeresése. A pszichés tünetek esetében – azok súlyosságának függvényében – szintén szükséges jelzést tenni a pedagógiai szakszolgálat, a gyermekjóléti szolgálat vagy a rendőrség felé. Indokolt esetben gondoskodni kell a gyermek védett környezetbe helyezéséről, valamint pszichiátriai tünetek fennállása esetén ambuláns vagy

fekvőbeteg pszichiátriai ellátás kezdeményezéséről. Ezek az elsősorban jogi természetű feladatok komplexek, és nem nélkülözhetik az egészségügyi, szociális, kriminológiai és pszichológiai jellegű információk integrált értékelését, valamint azok tömör összefoglalását oly módon, hogy a gyermeket a lehető legkisebb járulékos sérelem érje. További sajátosság, hogy a szükséges lépések megtétele nem feltétlenül az első észlelő, hanem inkább az első tényleges beavatkozó feladata.

Barnahus elvek (a gyermek meghallgatása)

A szexuálisan bántalmazott kiskorúak kihallgatásáról magyar publikációk is születettek (Nagygyőr, 2022; Radvánszki et al., 2025). Hazánkban az Országos Gyermekvédelmi Szakszolgálat működteti a Meghallgató és Terápiás Központokat a Barnahus elvek alapján (Meghallgató és Terápiás Központok, n. d.). A Barnahus („gyermekház”) modell egy gyermekbarát multidiszciplináris megközelítés, amely a gyermekkorú szexuális bántalmazás és más erőszakos cselekmények áldozatainak ellátására szolgál. Lényege, hogy a rendőrség, a szociális szolgálatok, az egészségügyi szakemberek és az ügyészség képviselői egy helyszínen, integrált módon működnek együtt, ezáltal minimalizálva a gyermek számára okozott pszichés terhelést, és biztosítva a gyermekközpontú meghallgatást. A Barnahus alapelvekben több helyen szerepel az interjúhelyzet vagy a gyermek meghallgatásával kapcsolatos minőségi követelmény. Minden döntés és intézkedés során a gyermek jóléte az elsődleges szempont. A modell célja, hogy a gyermek a lehető legkevesebb alkalommal legyen kénytelen elmondani az átélt eseményeket. A Barnahus házak gyermekbarát eszméje elsősorban a félelem és a szorongás csökkentésére szolgál (Haldorsson, 2025).

Interjúhelyzet

A CSA lehetséges első észlelése – akár közvetlen megfigyelés, akár másodlagos jelek alapján történik – gyakran spontán módon egy interjúhelyzethez hasonló szituációt eredményez (Løken et al., 2022). Ugyanakkor klinikai tapasztalat, hogy a kisebb, beszélni nem képes gyermekek nem tudják feltárni a CSA-t (Pilar et al., 2025). Ebben a kritikus pillanatban a gyermek és az őt meghallgató személy közötti interakció minősége jelentős mértékben befolyásolhatja a további feltérési folyamatot. A gyermek kommunikációs képességei, érzelmi állapota és a traumához való viszonya befolyásolják, hogyan tud és mer beszélni az eseményekről. Az interjú során kerülni kell a sugalmazó,

irányító kérdéseket, helyette nyitott, a gyermek saját narratíváját támogató megközelítést célszerű alkalmazni. A fizikai és pszichológiai biztonság megteremtése (nyugodt környezet, barátságos hangnem, empátikus hozzáállás) elősegíti a gyermek megnyílását. Ezek a kommunikációs elvek nem csupán a gyermek és az első észlelő közötti interjúra vonatkoznak, hanem az első észlelő és az első beavatkozó közötti információátadásra is. E két szakember közötti beszélgetés jellemzője, hogy a felek nagy valószínűséggel már ismerik egymást, ami előnyököt, de egyben kockázatokat is hordoz. A rendszeres, rutinszerűen folytatott szakmai beszélgetések következtében egyes részletek elsikkadhatnak, vagy összekeveredhetnek más esetekből származó információkkal. Ez torzíthatja a tényeket és gyengítheti a további beavatkozások megalapozottságát. Az első beavatkozónak tudatosan figyelnie kell a kapott információ pontosságára, és szükség esetén tisztázó kérdéseket kell feltennie. Előfordulhat, hogy az aktív hallgatás módszerei (például csend, türelmes kivárás, visszatükrözés) ellentétben állnak a megszokott munkaköri gyakorlattal vagy a gyors információszerzés igényével. Ilyenkor az első beavatkozónak tudatosan kell előtérbe helyeznie a pontos és torzításmentes információgyűjtést (Løken et al., 2022).

Az észlelés szociálpszichológiája

A CSA felismerése és kezelése során az információk objektív rögzítését és értelmezését számos szociálpszichológiai tényező torzíthatja. Ezek a torzítások akár akaratlanul is befolyásolhatják a helyzetértékelést és a további beavatkozás minőségét. Az érzelmi bevonódás erős azonosulást válthat ki az áldozat gyermekkel vagy a szüleivel, és ez csökkentheti a tárgyilagosságot (Hall et al., 2025). A feltételezett elkövető irányában létrejövő ellen-azonosulás intenzív negatív érzéseket kelthet, ami a bizonyítékok túl- vagy félreértelmezéséhez vezethet. Ilyen lehet az illuzórikus korreláció is, azaz olyan összefüggés észlelése, amely valójában nem létezik (például bizonyos viselkedésformák és tünetek automatikus összekapcsolása a CSA-val, (Christiansen et al., 2025)). A csoportnyomás jelenségének törvényszerűségei szerint a kollégák véleménye és elvárásai befolyásolhatják az egyéni ítéletalkotást. A „több szem kevesebbet lát” effektus (bystander effect) azt eredményezi, hogy a felelősség eloszlása miatt csökken a beavatkozási hajlandóság, különösen, ha több szakember is jelen van (Darley & Latané, 1968).

Az első észlelést hátráltató tényezők

Az első észlelés nem első észlelés, már folyamatban van a büntetőeljárás

Azt is gondolhatja a CSA első észlelője, hogy nem ő az, aki a CSA megtörténtét először észleli. A kórházban a gyermekek általában legelőször a sürgősségi ellátás munkatársaival vagy a járóbeteg ellátásban dolgozókkal találkoznak, ezért az ő szerepük kulcsfontosságú, azonban a fekvőbeteg részlegeken is előfordulhat a CSA első észlelése (például pelenkázáskor vagy fürdetéskor), vagy első feltárása (például a gyermek a CSA-t egy kórházban dolgozó pszichológusnak tárja fel). A példákban szereplő első észlelők úgy gondolhatják, hogy valaki más már megtette az intézkedést a kórházon belül, de emellett az is elképzelhető forgatókönyv, hogy az első észlelő úgy véli, hogy az eljárás már a kórházon kívül elindult.

Egészségügyi dolgozók elleni erőszak anticipációja

Az egészségügyi dolgozók tarthatnak attól, hogyha jelzést tesznek a CSA-ról, az elkövetők vagy akár a gondviselők erőszakosan fognak fellépni ellenük. Ennek az érzésvilágnak több tényező áll a háttérben: a bizalmas büntetőeljárásban való kételkedés, a sértett fél előzetes jelzés iránti beleegyezésének hiánya és a tanúként való beazonosíthatatlanság igénye (Drake, 2014). Hasonló helyzetekben azt lehet tapasztalni, hogy a dolgozók a megtorlás miatti félelem miatt nem rögtön akkor tesznek jelzést, amikor észlelik a jelenséget, hanem később, amikor megszilárdult a meggyőződésük. Ekkor vegyes előjelű érzelmi állapotba kerülnek, amelyet leginkább a lelkiismeret-furdalás, a megkönnyebbülés, a késlekedés miatti bűntudat jellemez, de később inkább büszkének lesznek magukra (Ohnishi et al., 2008).

Szorongás a meghurcoltatástól

Nemcsak a betegektől és a hozzátartozóiktól tartanak az egészségügyi dolgozók, hanem az igazságszolgáltatás útvesztőitől is. A dolgozók tarthatnak attól, hogy tanúként fogják őket beidézni, lehetséges, hogy nem bíznak az igazságszolgáltatásban, mert korábban negatív előjelű megélésük volt, valamint az is elképzelhető, hogy túlságosan érzékenyen érinti őket az adott eset (Wieberneit et al., 2024).

Kétely a bizonyíthatóság lehetőségében

A behatolásos CSA-nak nem mindig detektálhatók a testi tünetei (Herrmann et al., 2014). Az idegen testtel ugyanez a helyzet. A különböző tárgyak a kíváncsiságból

eredően is bekerülhetnek a testnyílásokba (Closson & Lichenstein, 2013). Ekkor az egészségügyi szakdolgozó csak az élettapasztalatára, a gyermek kommunikációjának hitelességére és az életszerűségeire hagyatkozhat. (Hozzá kell fűzni, hogy az egészségügyi dolgozó nem dönthet a hitelességgel kapcsolatban, ez nem is a feladata.) Fontos a fertőző betegségek feltárása is. Példaként említhetjük meg, hogy a kondilóma egy szexuális úton terjedő betegség, de nem lehet kizárni, hogy a közös törülköző használatával, vagy az együtt fürdéssel terjed, bár vannak olyan nézetek és tudományos cikkek, amelyek a nemi szemölcsök gyermekeken való megjelenését összefüggésbe hozzák a CSA-val (Bussen et al., 2012). Előfordulhat az is, hogy a gyermeket az egyik szülő megfenyegette vagy olyan módon manipulálta, hogy a másik szülőre terelődjön a CSA gyanúja. Ebben a helyzetben a gyermek akkor is áldozatnak tekinthető, hogy ha valójában nem történt CSA. A haragban lévő szülők a gyermek érzelmeivel játszanak, és nem sejtik, hogy mekkora károkat okozhatnak.

Félelem attól, hogy az egészségügyi dolgozó nem tudja ellátni munkakötelettségét

A CSA dokumentációja hosszadalmas és alapos papírmunkát igényel. A feladat – többek között – orvosi, ápolási, jogi, pszichológiai és szociális munka jellegű egyszerre. A felsoroltak külön szakmák, speciális szakértelmet kívánnak, és nem utolsó sorban időigényesek. A papírmunka sajnálatos módon nagymértékű figyelmet igényel, aminek az lehet a következménye, hogy az orvos nem tud összpontosítani a kezelésre, a gyógyító tevékenységre, és esetleg más betegeken nem tud segíteni.

Az áldozat féltése, aggodalom a beleegyezést illetően

Súlyos etikai kérdés a gyermek jelzésbe való beleegyezésének hiánya, vagy tiltakozása, féltelme. A nemzetközi betegjog ebben az esetben nevesíti az informált beleegyezést (informed consent) jelentőségét, a mérlegelés kötelezettségét, vagy annak hiányát (Shah et al., 2025). A gyermek (18 év alatti) személy esetében általában a gondviselő az a személy, aki dönt. A magyar jogszabályok szerint a CSA-t az egészségügyben, minden esetben, mérlegelés nélkül jelenteni kell.

Negatív következmények a CSA-val foglalkozás miatt

A CSA-val találkozó személyek kisebb részénél önvád alakulhat ki, és megküzdési modellként a munkától való elhatárolódás jelentkezhetsz (Easton et al.,

2025). A CSA-val való foglalkozás úgynevezett másodlagos stressz-szindrómát okozhat, amely kumulálódhat, ha nem kap figyelmet és akár poszttraumás stressz-szindrómává fejlődhet (O'Hara et al., 2020). Felmerülhet a kérdés, hogy hogyan várhatja el a társadalom a gyermekgyógyászoktól a CSA elleni hatékony fellépést, ha nem ügyel a kiégés megelőzésére. A másodlagos traumatizáció tulajdonképpen egyfajta kifáradás, amikor a segítő foglalkozású emberek egy idő után nem tudnak részvétet mutatni a klienseik iránt (compassion fatigue). Ez a helyzet nagyon könnyen kiégéshez vezethet és visszafordíthatatlanul negatív hatást gyakorolhat a munkavégzésre (Strickland et al., 2023). Mindegyik tényezőnek van negatív érzelmi összetevője, amely egy olyan körülményhez kapcsolódik, amely vagy káros az egészségügyre, vagy nem tisztán egészségügyi feladat.

Az első észlelés elmulasztása súlyos egyéni pszichés következményekkel járhat az érintett szakembereknél. Gyakori a lelkiismeret-furdalás, a bűntudat, a szégyen és a megbánás érzése, amelyek tartós szorongáshoz vezethetnek. A feldolgozatlan érzelmi teher idővel cinizmust, érzelmi eltompulást és kiégést idézhet elő, ami nemcsak az egyén mentális jóllétét, hanem a szakmai hatékonyságát és empátiás képességét is jelentősen csökkentheti.

Összefoglalás

Megvizsgáltuk a gyermekek sérelmére elkövetett szexuális abúzus (CSA) egészségügyi és kriminológiai vonatkozásait, különös tekintettel az első észlelés szerepére. Bemutattuk a CSA nemzetközi és hazai definícióit, egészségügyi és pszichés következményeit, valamint a jelzés jogi kötelezettségeit. Rávilágítottunk a kórházi környezet sajátosságaira, a Barnahus-modell alkalmazhatóságára és a szociálpszichológiai torzításokra. Elemeztük a dolgozók bizonytalanságait, félelmeit és a bejelentés elmaradásának pszichés következményeit. Hangsúlyoztuk az első észlelő és első beavatkozó közötti együttműködés fontosságát. A CSA gyermekkórházbeli első észlelését azonban empirikus módon kell kutatni, annak érdekében, hogy létrejöjjön egy egységes protokoll az egészségügyi dolgozók szakmai továbbképzésének fejlesztése céljából.

A jövőbeli kutatásoknak ki kell terjedniük arra, hogy a gyermekkórházi dolgozók milyen típusú megfigyeléseket tesznek a CSA-val érintett gyermekekről, az elkövetőkről és a kísérőkről, valamint hogyan érzékelik és értékelik a jelenlegi helyzetet és annak változását. Fontos vizsgálni, hogy a szakemberek mekkora problémának látják a CSA-t, szükségesnek tartják-e külön orvos, pszichológus vagy szociális munkás bevonását, és mennyire nyitottak további képzésekre.

A jövőbeli kutatás egyik kiemelt célja az első észlelő protokoll kidolgozásának megalapozása, amelyhez fel kell tární, hogy a dolgozók mennyire képesek felismerni a CSA explicit és implicit jeleit, valamint hogyan rögzítik ezeket a megfigyeléseket. A dokumentáció egységesítése elősegíti a visszakereshetőséget, a statisztikai és tudományos elemzéseket, valamint a bizonyítékokon alapuló gyakorlat kialakítását. Mindez hozzájárulhat a gyermekvédelmi rendszer hatékonyságának növeléséhez, a prevenciók stratégiák megerősítéséhez, különös tekintettel az első észlelők mentális terhelhetőségére és szakmai felkészültségére.

Felhasznált irodalom

- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., daCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16(1), 101–118. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90011-f](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90011-f)
- Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság (2024). *Egészségügyi szakmai irányelv Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekbántalmazás és elhanyagolás gyanúja esetén, felismerés, kezelés és megelőzés*. https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/EOSZEF_letoltheto_doku/002262-2024-az-egeszsegugyi-ellatok-feladatairol-gyermekbantalmazas-es-elhanyagolas-gyanuja-eseten-felismeres-kezeles-es-megelozes&inline=true
- Bussen, S., Sütterlin, M., Schmidt, U., & Bussen, D. (2012). Anogenital Warts in Childhood - Always a Marker for Sexual Abuse? *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, 72(1), 43–48. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1280417>
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., Elamin, M. B., Seime, R. J., Shinozaki, G., Prokop, L. J., & Zirkazadeh, A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618–629. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
- Christiansen, L. F., Langvik, E., Størdal, T. R., & Iversen, A. (2025). ‘It Could Be Anybody’ Content Analysis of Lay Perceptions of Individuals Committing Online Child Sexual Offences. *Journal of Child Sexual Abuse*, 34(4), 446–466. <https://doi.org/10.1080/10538712.2025.2544145>
- Closson, F. T., & Lichenstein, R. (2013). Vaginal Foreign Bodies and Child Sexual Abuse: An Important Consideration. *Western Journal of Emergency Medicine*, 14(5), 437–439. <https://doi.org/10.5811/westjem.2013.1.13347>
- Colburn, D., Mitchell, K. J., Gewirtz-Meydan, A., Finkelhor, D., Turner, H. A., & O’Brien, J. E. (2025). Life impact following childhood Image-Based Sexual Abuse victimization among a sample of young adults. *Child Abuse & Neglect*, 167, 107584. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107584>
- Darley, J. M., & Latané, B. (1968). Bystander intervention in emergencies: Diffusion of responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8(4), 377–383. <https://doi.org/10.1037/h0025589>

- de Azevedo Bispo, R. K., Fonseca, M. C. M., & de Góis Speck, N. M. (2024). Prevalence and Type of HPV Genital Infection in Girls: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 28(4), 332–339. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000826>
- Drake, G. (2014). The ethical and methodological challenges of social work research with participants who fear retribution: To ‘do no harm’. *Qualitative Social Work*, 13(2), 304–319. <https://doi.org/10.1177/1473325012473499>
- Drexler B. & Somogyvári M. (2015). A szexuális bűnt elkövetők hazai vizsgálata büntetés-végrehajtási statisztikák alapján. *Belügyi Szemle*, 63(3), 65–96. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2015.3.4>
- Easton, L., Synnott, J., Mojtahedi, D. & Ioannou, M. (2025). Coping with the toll of child sexual abuse investigations. *Frontiers in Psychology*, 16, 1584034. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1584034>
- European Union Agency for Fundamental Rights (2017). *Minimum age requirements related to rights of the child in the EU*. European Union Agency for Fundamental Rights. https://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/minag?dataSource=MINAG_en_62754&media=png&width=740&topic=group01&question=MINAG_MSR02&plot=MAP&subset=NONE&subsetValue=NONE&answer=MINAG_MSR02&year=2017
- Friedrich, W. N., & Schafer, L. C. (1995). Somatic Symptoms in Sexually Abused Children1. *Journal of Pediatric Psychology*, 20(5), 661–670. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/20.5.661>
- Gewehr, E., Hensel, B., & Volbert, R. (2021). Predicting disclosure latency in substantiated cases of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 122, 105346. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105346>
- Haldorsson O. L. (2025). A Barnahus: Minőségi Előírások Iránymutatások multidiszciplináris és intézmények közötti megoldásokról az erőszak kiskorú áldozatai és tanúi számára. In Wenke D., & O'Donnell, R., (Szerk.), *A Barnahus Minőségi Előírások*. Balti-tengeri Államok Tanácsának Titkársága. Child Circle. https://barnahus.eu/wp-content/uploads/2025/03/HU_StandardsSummary_FINAL.pdf
- Hall, K. E., Cho, B., Wilensky, S. M., & Stafford, J. (2025). The Role of Gender in the Relationship Between Negative Reactions to Sexual Abuse Disclosure and Masculinity Norm Adherence. *Journal of Child Sexual Abuse*, 34(1), 84–102. <https://doi.org/10.1080/10538712.2024.2448470>
- Herland, M. D. (2024). Understanding the Narratives of Child Sexual Abuse. *Qualitative Health Research*, 34(8–9), 842–852. <https://doi.org/10.1177/10497323231218828>
- Herrmann, B., Banaschak, S., Csorba, R., Navratil, F., & Dettmeyer, R. (2014). Physical Examination in Child Sexual Abuse. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(41), 692–703. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0692>
- Gyurkó S., & Balogh K. (Szerk.) (2025a). *Gyermejkogi jelentés, 2024*. Hintalovon Gyermejkogi Alapítvány. https://hintalovon.hu/wp-content/uploads/2025/05/Hintalovon_2024_Gyermejkogi_Jelentes.pdf
- Hintalovon Gyermejkogi Alapítvány (2025b). *Mi számít bántalmazásnak?* Hintalovon Gyermejkogi Alapítvány. <https://nemecsek.hu/mi-szamit-bantalmazasnak/>

- Hurtony A. K. (2022). A gyermekek sérelmére elkövetett szexuális cselekmények elleni büntetőjogi fellépés és az elkövetők kriminológiai vizsgálata. *Magyar Jog*, 69(3), 179–187.
- Hurtony A. K. (2025). *A gyermekek sérelmére elkövetett szexuális cselekmények elleni büntetőjogi fellépés és az elkövetők kriminológiai vizsgálata*. Doktori (PhD) értekezés. Pázmány Péter Katolikus Egyetem.
- Kiss A., & Demjén L. (2016). A szexuális bántalmazás nőgyógyászati és urológiai változásai. In Nagy A., & Törő K. (Szerk.), *Gyermekbántalmazás* (pp. 83–110). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Lange, B. C. L., Condon, E. M., & Gardner, F. (2020). Parenting Among Mothers Who Experienced Child Sexual Abuse: A Qualitative Systematic Review. *Qualitative Health Research*, 30(1), 146–161. <https://doi.org/10.1177/1049732319882914>
- Lee, M. H. M., Ganapathy, S., Low, S. M., Chua, C. L. Q., Chong, S. L., Ma, E., & Wong, P. C. Y. (2021). A review of child sexual abuse cases presenting to a paediatric emergency department. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 50(7), 527–535. <https://doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.2021127>
- Løken, G.-E., Bergestuen, S. T., & Rachlew, A. (2022). *A Guide to the Professional Interview: A Research-based Interview Methodology for People Who Ask Questions*. Anthem Press.
- Maniglio, R. (2012). Child Sexual Abuse in the Etiology of Anxiety Disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(2), 96–112. <https://doi.org/10.1177/1524838012470032>
- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2017). Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 131–148. <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>
- Meghallgató és Terápiás Központok (n.d.). Retrieved 10 October 2025, from. <https://ogysz.hu/meghallgato-es-terapias-kozpontok>
- Merza K., Harmatta J., Papp G., & Szabó I. K. (2017). Gyermekkori traumatizáció, disszociáció és szándékos fizikai önsértő viselkedés borderline személyiségzavarban. *Orvosi Hetilap* 158(24), 930–940. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30745>
- Nagygyőr C. (2022). A gyermekek kihallgatása a nyomozások során. *Belügyi Szemle*, 70(8), 1653–1670. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2022.8.5>
- Nelson, C. (2024). The ‘most maligned’ witness in the Christopher Dawson case: Gender, power, media and legal culture in the digitally distributed live-streamed court. *Crime, Media, Culture*, 20(1), 83–106. <https://doi.org/10.1177/17416590231168330>
- O’Hara, M. A., McCann, T. A., Fan, W., Lane, M. M., Kernie, S. G., & Rosenthal, S. L. (2020). Child Abuse Taking Its Toll on the Emotional Well-Being of Pediatricians. *Clinical Pediatrics*, 59(4–5), 450–457. <https://doi.org/10.1177/0009922820905865>
- Ogloff, J. R., Cutajar, M. C., Mann, E. C., & Mullen, P. E. (2012). Child sexual abuse and subsequent offending and victimisation: A 45 year follow-up study. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*, 12(440), 1–6. <https://doi.org/10.52922/ti251190>
- Ohnishi, K., Hayama, Y., Asai, A., & Kosugi, S. (2008). The Process of Whistleblowing in a Japanese Psychiatric Hospital. *Nursing Ethics*, 15(5), 631–642. <https://doi.org/10.1177/0969733008092871>

- Pilar, N. A., Mappamasing, H., Agusni, R. I., Widyantari, S., Sari, M., Astindari, A., & Hidayati, A. N. (2025). Transmission and therapeutic modalities on condyloma acuminata in children: A case report. *The Pan African Medical Journal*, 50, 101. <https://doi.org/10.11604/pamj.2025.50.101.45681>
- Radvánszki R., Hegedűs J., & Fekete M. (2025). A bántalmazott gyermekkel való kommunikáció sajátosságai a rendőrségi kihallgatás folyamatában. A téma szakirodalmi kutatásának bemutatása. *Jel-Kép: Kommunikáció Közvélemény Média*, (ksz1), 120–130. <https://doi.org/10.20520/JEL-KEP.2025.1.121>
- Romeo-Biedma, F. J., & Horno, P. (2020). *Kiko and the Hand*.
- Sárközy S. (2016). A fizikai bántalmazás traumatológiai és sebészeti aspektusai. In Nagy A., & Törő K. (Szerk.). *Gyermekbántalmazás* (pp. 55-75). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Schnabel, D. J., Font, S. & Miyamoto, S. (2025). Putting kids first: Reaffirming universal strategies for accurate detection of child sexual abuse in child protection investigations. *Child Protection and Practice*, 5, 100151. <https://doi.org/10.1016/j.chipro.2025.100151>
- Shah, P., Thornton, I., Kopitnik, N. L., & Hipskind, J. E. (2025). *Informed Consent*. In StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/>
- Sinno N. (2025). *A nyomorult tigris*. Park.
- Srivastava, K., Chaudhury, S., Bhat, P. S., & Patkar, P. (2017). Child sexual abuse: The suffering untold. *Industrial Psychiatry Journal*, 26(1), 1–3. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_83_17
- Strickland, C., Kloess, J. A., & Larkin, M. (2023). An exploration of the personal experiences of digital forensics analysts who work with child sexual abuse material on a daily basis: ‘you cannot unsee the darker side of life’. *Frontiers in Psychology*, 14, 1142106. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1142106>
- Szalai Z. (2016). Artefakt börtünetek gyermekkorban. In Nagy A. & Törő K. (Szerk.), *Gyermekbántalmazás* (pp. 25-36). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Tregidga, J. (2023). *Starting out on the Child Sexual Abuse Response Pathway: A guide for local partnerships*. Centre of expertise on child sexual abuse.
- Turan, Ö., Altin, İ., Erdim, N. K., & Bikmazer, A. (2025). An examination of the relationship between psychopathology and the sociodemographic, clinical, and abuse characteristics in children who have experienced sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 169(Pt1), 107620. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107620>
- Wieberneit, M., Thal, S., Clare, J., Notebaert, L., & Tubex, H. (2024). Silenced Survivors: A Systematic Review of the Barriers to Reporting, Investigating, Prosecuting, and Sentencing of Adult Female Rape and Sexual Assault. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(5), 3742–3757. <https://doi.org/10.1177/15248380241261404>
- Wyles, P., O’Leary, P., Tsantefski, M., & Young, A. (2024). Male Survivors of Institutional Child Sexual Abuse: A Review. *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380241277272>

A cikk APA szabály szerinti hivatkozása

Fliegauf G. (2026). A gyermekkori szexuális abúzus felismerése az egészségügyben: kihívások és kriminológiai összefüggések. *Belügyi Szemle*, 74(7), 1805–1823. <https://doi.org/10.38146/bsz-aija.2026.v74.i7.pp1805-1823>

Nyilatkozatok

Összeférhetetlenség

A szerző nem jelentett összeférhetetlenséget.

Finanszírozás

A szerző nem kapott pénzügyi támogatást a kutatáshoz, a szerzőséghez és/vagy a cikk publikálásához.

Etikai nyilatkozat

Jelen cikkhez nem kapcsolódik adatkészlet.

Nyílt hozzáférésről szóló tájékoztatás

A közlemény nyílt hozzáféréssel, a Creative Commons Attribution–NonCommercial–NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0) feltételei szerint jelenik meg. A közlemény változatlan formában, nem kereskedelmi célból, bármely médiumban és formátumban szabadon megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző(k), a közlés helye és a licenc hivatkozása megfelelően feltüntetésre kerül. Módosított vagy átdolgozott változat terjesztése, valamint kereskedelmi célú felhasználása nem megengedett.

Levelező szerző

A cikk levelező szerzője Fliegauf Gergely, aki a gergely.fliegauf@gmail.com e-mail címen érhető el.