



Az erőszakos szexuális bűncselekmények pszichotraumatológiája

Psychotraumatology of sexually violent crimes

Erdélyi Ákos

pszichológus, kriminológus, doktorandusz
Nemzeti Közszolgálati Egyetem,
Rendészettudományi Doktori Iskola
erdelyi.akos@stud.uni-nke.hu



Absztrakt

Cél: A traumatikus életesemények komoly pszichés diszfunkciókat eredményeznek az áldozatoknál, amelyek sokszor egész életen át tartó, állandósult személyiségvesztésként rögzülhetnek. Különösen igaz ez a szexuális erőszak áldozataira. Az abúzus, az átélt traumatikus életesemény emléke rögzül az áldozatokban, és nagyon gyakran inadekvát megküzdési mechanizmussal igyekeznek túltenni magukat az átélt borzalmakon. Ugyanakkor ezek az események komoly mentális zavarokat, személyiségváltozásokat eredményeznek náluk, amelyekre a nyomozó hatóságnak és az egészségügyi szakembereknek egyaránt fel kell készülnie. Jelen tanulmány célja ezen pszichotraumatológiai jelenségek áttekintése és összefoglalása annak érdekében, hogy a szexuális erőszak áldozatairól többet tudjunk, amely tudás jól jön a velük való munka során.

Módszertan: A szerző szakirodalmi áttekintés és esetismertetés útján bemutatja a főbb, traumatikus életesemény hatására kialakuló mentális zavarokat.

Megállapítások: A szexuális erőszak komoly trauma. Nemcsak fizikai, hanem pszichés is. Ennek megfelelően, körültekintően kell bánnunk a traumát átélt személyekkel, ehhez azonban ismernünk kell azokat a pszichodinamikai változásokat, amelyek megjelennek az áldozatok mindennapi életvitelében.

Érték: Sok szó esik a szexuális erőszak elkövetőiről, ugyanakkor az áldozatokról nem elég. Jelen tanulmánnyal ahhoz próbál hozzájárulni a szerző, hogy az áldozatok pszichés dinamikáját is megismerjük, és igyekszik olyan

A szerző a kéziratot magyar nyelven nyújtotta be. Benyújtás: 2024. 01. 26. Átdolgozás: 2024. 02. 02.
Elfogadás: 2024. 02. 08.

megfogalmazásokat tenni, amelyek felhasználhatók az egyes nyomozati cselekmények végrehajtása során.

Kulcsszavak: szexuális erőszak, nemierőszak-mítoszok, pszichotraumatológia, mentális zavarok

Abstract

Aim: Traumatic life events result in serious psychological dysfunctions in the life of the victims, which can often be fixed for a life-long period, result in a permanent loss of personality. This is especially true for victims of sexual violence. The memory of the abuse, the traumatic life event experienced, is fixed in the victims, and very often they try to overcome the horrors they experienced with inadequate coping mechanisms. At the same time, these events result in serious mental disorders and personality changes in them, for which both the investigative authorities and health professionals must be prepared. The purpose of this study is to review and summarize these psychotraumatic phenomena in order to know more about the victims of sexual violence, which knowledge will come in handy when working with them.

Methodology: Through a review of the literature and a case report, I present the main mental disorders that develop as a result of a traumatic life event.

Findings: Sexual violence is a serious trauma. Not only physical, but also psychological. Accordingly, we must treat traumatized persons carefully, but for this we must be aware of the psychodynamic changes that appear in the daily life of the victims.

Value: There is a lot of talk about the perpetrators of sexual violence, but not enough about the victims. With this study, I am trying to contribute to getting to know the psychological dynamics of the victims, and I am trying to come up with formulations that can be used during the execution of individual investigative actions.

Keywords: sexual violence, rape myths, psychotraumatology, mental disorders

Bevezetés

A szexuális erőszak témakörével foglalkozni sem kutatóként, sem gyakorlati szakemberként nem egyszerű feladat.

Az e témakörrel foglalkozók kiemelt szenzitivitása és maximális empátiája elengedhetetlen annak érdekében, hogy az erőszak sértettje – aki fokozott fizikai

és pszichikai brutalitást tapasztalt és egy szörnyű traumát élt át – minél kevésbé érezte a folyamatot, és ezáltal a szakembereket negatív előítélettel rendelkezőnek.

De nemcsak a szakemberek, hanem nagyon sok esetben a közélet, a közmédia is fokozott érzékenységgel kezeli az ilyen eseményeket, ugyanakkor sokszor találkozunk ennek ellenkezőjével is: a teljes közönnyel és apátiával, különösen akkor, amikor online tudósításokban egy-egy szalagcímmel találkozom össze. Ezek a fokozottan kitárulkozó, olykor a cselekmény részleteit is ismertető és bemutató „feltáró” cikkek sok esetben feszegetik a sértetté válás szenzitivitásának és magánjellegetének kérdését, a cikkhez kapcsolódó olvasói észrevételek és kommentek pedig kontrollálatlan érzésekkel, gondolatokkal, véleményekkel bombázzák az olvasót – és az áldozatot is –, amelyeket, valljuk be sok esetben nem könnyű végigolvasni. Főleg akkor nem, ha (korábbi) áldozatként áldozathibáztató bejegyzésekkel találkozunk az ember.

Az újságírás napjainkban is a társadalomra ható, a szocializációt irányító és befolyásoló erővel bír, ha pedig ezt nem a megfelelő keretben, nem a megfelelő kontextusban teszi, azzal ártani is képes – nemcsak az áldozatnak, hanem az elkövetőnek is. Az áldozathibáztatás még mindig bennünk él, és időről időre meg is jelenik a különböző fórumokon (Z. Papp, 2017), noha szerencsére egyre inkább háttérbe szorul.

Mindezek olyan tényezők, amelyekkel számolnunk kell akkor, ha szexuális erőszakos cselekményekkel kívánunk mélyebben foglalkozni.

Viktimizáció, áldozathibáztatás és nemierőszak-mítoszok

Ahogy arról egy korábbi publikációmban írtam (Erdélyi, 2022), a szexuális bűncselekmények áldozatainak vizsgálatakor, illetve a velük való együttműködés során, legyen az akár nyomozati munka (Szatmári, 2019; O’Donohue, 2021) vagy pszichoterápiás helyzet, fokozott szenzitivitással kell lennünk felénk. Nem véletlen, hogy a hatályban lévő büntetőeljárás törvényünk, a Büntetőeljárásról szóló 2017. évi XC. törvény az ilyen cselekmények áldozatait különleges bánásmódot igénylő sértettként azonosítja, és ennek megfelelően különleges jogrendet alakított ki számukra.

Mégis időről időre megjelentek olyan vélekedések (Malét-Szabó, 2020; Nagy, 2006), amelyek szerint bizonyos bűncselekmények esetében jól megragadható a viktimális veszélyeztetettség, és nem is kérdés, hogy bekövetkezik a kriminális aktus. Például egy benzinkúti dolgozó vagy egy taxisofőr nagyobb eséllyel válhat rablás áldozatává (Nagy, 2006), ahogyan egy nyitott táskával sétáló személyt is igen könnyen meglophatnak sétálás közben (Malét-Szabó, 2020).

Ezekkel a vélekedésekkel egyáltalán nem értek egyet. A bűnös cselekmény bekövetkeztéért nem az áldozat tehető felelőssé. Ez a két példa nagyon jól szemlélteti azt, amire általában a társadalom hajlamos: az áldozathibáztatás, amelyet Garai (2019) a másodlagos viktimizáció végtermékeként értelmez, és amelynek egyértelmű pszichés következményeként a később tárgyalt poszttraumatikus stresszszavart határozza meg. A másodlagos viktimizáció tekinthető rendszerhibának, hiszen a büntetőeljárás során megjelenő (jog)intézmények „követik el”. Ebben beletartoznak az egészségügyi intézmények is, különösen akkor, ha sürgősségi orvosi vizsgálatra van szükség, például egy szexuális erőszak tárgyi bizonyítása okán. A vizsgálatokon való megjelenés, a vizsgálati eredmények, leletek kivárása, maga a kivizsgálása procedúrája, a kommunikációs stílus mindmind magán hordozzák a másodlagos viktimizáció veszélyét (Campbell, 2006; Holmstrom & Burgess, 1987; Kingma, 1999). A viktimizációs kutatások kitérnek arra is, hogy a sértett családtagjai szintén ki vannak téve a másodlagos viktimizáció veszélyének, amit a büntetőeljárások nyomozati cselekményei váltanak ki, például az ismételt kihallgatások, szembesítések stb. (Fuller, 2016; Garai, 2019; Gekoski, Adler, & Gray, 2013). Én ezt kiegészíteném azzal a megállapítással, hogy a családtagok a harmadlagos viktimizációnak is ki vannak téve, hiszen rájuk is, mint ahogyan az áldozatra, hatással van a médiakommunikáció.

Az áldozathibáztatás jelensége generális, pedig nem kérdés, hogy egy bűncselekmény elkövetéséért pusztán maga az elkövető felelős mind büntetőjogi, mind morális-erkölcsi tekintetben. Mindezt nem lehet elégszer hangsúlyozni, már csak azért sem, mert az áldozathibáztatás nagyban befolyásolhatja a bűnüldöző szervek munkáját és az áldozat pszichés-mentális jólétét, állapotát (Malét-Szabó, 2020; Zafarzai & Amiri, 2021; Z. Papp, 2017). *„Egyrészt gátjává válhat annak, hogy a jövőbeni áldozatok beszámoljanak a velük történekről a megszegyenüléstől és a hibáztatástól való félelem miatt. Másrészt azon keresztül, hogy az egyén magát kezdi el okolni a vele történekrért – amivel egyben azt kezdi elhinni, tehetett volna azért, hogy elkerülje mindezt –, nagyon megnehezíti az áldozatok számára azt, hogy sikeresen megküzdjenek az őket ért sérelem hatására bennük kialakult fokozott stresszhelyzettel vagy súlyosabb esetben krízisállapottal”* (Malét-Szabó, 2020). Ezen a ponton fontos szerep hárul a társadalom tükröző szerepére. Az áldozattá vált személy ugyanis egészen addig nem tudja viselkedését reálisan megítélni, ameddig nem igazolódik az, hogy ő maga semmilyen úton-módon nem felelős a bűncselekmény elkövetéséért, az elkövetőt pedig semmi sem mentesítheti a felelősségre vonás alól (Herman, 2011). Ezt a visszaigazolást pedig a társadalom tagjainak kell magukra vállalniuk.

Akkor mégis vajon miért van az, hogy egy szexuális abúzus áldozatának esetenként nagyobb felelősséget tulajdonít a társadalom, mint egy rablás

elszenvedőjének? Erre a kérdésre igyekeznek választ találni az úgynevezett nemierőszak-mítoszok.

A szexuális abúzus komoly pszichotraumaként kezelendő. Azt, hogy az áldozat milyen eredményességgel dolgozza fel a vele történeteket, alkalmazza-e az adaptív és a kevésbé adaptív megküzdési technikákat és dolgozik-e rezilienciáján (mentális ellenálló képességén), nagyban befolyásolják a társadalom szexuális erőszakkal kapcsolatos reprezentációi. A tapasztalat azt mutatja, hogy ezek a reprezentációk elsődlegesen negatív töltetűek, melyek forrása lehet információhiány és a sztereotipikus világnézet (Nyúl, Ferenczy, Kende, & Szabó, 2018). Ebből táplálkoznak a nemierőszak-mítoszok is, amik a nemi erőszakkal, és főként a cselekmények áldozataival kapcsolatos attitűdünket alakítják.

A nemierőszak-mítoszok

A nemierőszak-mítoszok legelőször az 1970-es években kerültek reflektorfénybe (Nyúl et al., 2018; Parti, Szabó, & Virág, 2016), melyben nagy szerepe volt az akkor felerősödő egyes feminista mozgalmaknak.

A nemierőszak-mítoszok *„olyan attitűdök és hiedelmek, melyek általában hamisak, de széles körben és hosszú időn keresztül fenntartottak, és a férfiak nők elleni szexuális agressziójának tagadását vagy igazolását szolgálják. Minél jobban egyetért valaki a nemierőszak-mítoszokkal, annál kevésbé hajlandó segítséget nyújtani az áldozatoknak. Ugyanakkor fontos megemlíteni, hogy nemi erőszakot nem csak férfiak követhetnek el, és nem csak nők lehetnek áldozatok”* (Nyúl et al., 2018). Ezt támasztják alá Drexler és Somogyvári (2015a, 2015b) tanulmányai is, melyekben női szexuális bűnelkövetők karakterisztikáját és tipológiai rendszerét vizsgálták.

Giczi és Gregor (2017) egy megtörtént, nagy sajtónyilvánosságot kapó egyetemi szexuális erőszak esetén keresztül vizsgálta az egyetemi hallgatók attitűdjét. Összesen 40 hallgatóval készítettek félig strukturált kvalitatív interjúkat, mely során a bevont személyek explorációjában egyaránt megjelentek az elkövetést elítélő attitűd mellett a racionalizáló, az áldozathibáztató és magát az elkövetést is megkérdőjelező narrációk. A szerzők meglátása szerint kutatások állnak rendelkezésre arra vonatkozólag, hogy a szexuális erőszakos eseteket relativizáló és az áldozatot hibáztató nézetek – mint az nemierőszak-mítoszok – szoros együttjárást mutatnak a szexista attitűdökkel. *„A nemierőszak-mítoszok tehát úgy járulnak hozzá a nemek közötti egyenlőtlen társadalmi viszonyok fenntartásához, hogy egyrészt elfedjék, másrészt viszont igazolják a nők elleni, férfiak által kifejtett szexuális agressziót”* (Giczi & Gregor, 2017).

Korábbi attitűdvizsgálatok úgy találták, hogy sokan úgy vélik, a szexuális abúzusból származó trauma kisebb mértékű akkor, ha az áldozat szexuálisan tapasztalt (Ward, 1995), ahogyan akkor is, ha az elkövető és az áldozat között ismeretségi viszony áll fenn (Bridges, 1991; Koss, Dinero, Seibel, & Cox, 1988). Az ismeretségi viszony pedig minél közelebbi, minél szorosabb, annál inkább megjelenik az áldozathibáztatás (Ben-David & Schneider, 2005). Egyes kutatási eredmények szerint a szexuális tapasztalattal rendelkező áldozatnak nagyobb felelősséget tulajdonítanak a nemi erőszak megvalósulása kapcsán, mint a szexuálisan kevésbé tapasztalt áldozatnak, valamint a bántalmazás során fizikailag vagy mentálisan súlyosan sérült, traumatizálódott áldozatnak (Kanekar & Nazareth, 1988).

Ahogy azonban arra Parti és munkatársai rámutatnak (2016), több okból is kifolyólag nehéz a nemierőszak-mítoszok prevalenciáját vizsgálni. Az egyik, hogy ezeknek a kutatásoknak döntő többsége az Egyesült Államokhoz kötődik, a kutatások közreműködői pedig rendszerint diákok, egyetemi hallgatók köréből kerülnek ki. A másik, hogy a kutatások során nincs egy egzak, állandó kérdőív, minden esetben más és más eszközt használtak. Ezen két ok miatt az eredmények általánosítása hiba lenne.

Annyi azonban megállapítható, hogy a nemierőszak-mítoszok társadalmilag széles körben elterjedtek, ennek mértéke azonban országoként és kultúráként eltérő.

Ward (1995) kutatásában 15 ország lakosságának attitűdjét vizsgálta, mely során arra a megállapításra jutott, hogy ugyan a nemierőszak-mítoszok minden vizsgált országban jelen vannak, eltérések figyelhetők meg a nyugati és a keleti országok között. Amíg az Egyesült Királyságban és Németországban a kitöltők kis mértékben (18%-ban és 20,9%-ban) vélekednek a nemierőszak-mítoszoknak megfelelően, addig a keleti országok lakossága, úgy mint Malajzia (51,6%), India (40,6%) vagy Zimbabwe (39,8%), sokkal inkább vélekedik a nemierőszak-mítoszoknak megfelelően. Ward szerint a mítoszoknak megfelelő gondolkodás azokra az országokra lehet inkább jellemző, ahol magas az analfabéták aránya, valamint a nők számára kedvezőtlen hatalmi viszonyrendszerek állnak fenn.

A hazai kutatási eredmények arról számolnak be, hogy a nemierőszak-mítoszok kapcsán leginkább egy áldozathibáztató attitűd jelenik meg, valamint az a vélekedés, hogy a szexuális erőszak mögött leggyakrabban a szex utáni erős vágy jelenik meg mint motivációs tényező (Nyúl et al., 2018).

Egy másik hazai kutatás (Parti et al., 2016) során közel 7000 fő került megkérdezésre. A megkérdezettek 44%-a nyilatkozott úgy, hogy korábban már vált áldozattá valamilyen bűncselekmény elkövetése során, míg 22% valamilyen

erőszakos bűncselekmény, 15% pedig kifejezetten szexuális erőszak áldozata volt. A válaszolók 86%-a szerint a szexuális erőszakot az uralkodás utáni vágy motiválja, míg a válaszadók harmada hiszi azt, hogy az elkövető:

- elmebeteg vagy kóros személyiségű (35,5%);
- szexuális késztetési felett nem tudja megtartani a kontrollt (37%);
- az áldozatot súlyosan bántalmazza (35,5%);
- a szexuális abúzust valamilyen szer vagy alkohol hatása alatt követi el (27%).

A válaszadók egyöntetűen elítélik azokat az eseteket, amikor a cselekmény sértettjei gyermekkorúak. „*Megnyugtató, hogy a válaszolók 43,5 százaléka szerint az áldozat sem viselkedésével, sem öltözködésével nem adhat indokot a cselekmény elkövetésére, ám 41 százalékuk még így is azt gondolja, hogy a csábító viselkedés, 35 százalékuk, hogy a kihívó öltözködés, 29 százalékuk, hogy a flörtölés, és 25 százalékuk, hogy az áldozat ittas, bódult állapota közrehozhat az erőszak megvalósításában, azaz provokálhatja az elkövetőt*” (Parti et al., 2016).

Láthatjuk tehát, hogy az áldozathibáztatás jelensége összetett kérdéskör, amely azonban komoly következményekkel jár. Kutatók például úgy találták, hogy azok az áldozatok, akik elfogadják a nemierőszak-mítoszokat, sokszor nincsenek tisztában azzal, hogy mi történt velük – ami magyarázhatja az alacsony feljelentési arányt –, valamint a mítoszok elfogadása növeli az önértékelési problémákat, magukban hordozza az újraviktimizálódás veszélyét, valamint növeli a büntudat előfordulását (Miller, Markman, & Handley, 2007; Peterson & Muehlenhard, 2004). Mindezt szem előtt kell tartanunk akkor, amikor sajtóban, nyilvános fórumon nemi erőszakról folytatunk diskurzust. Nem szabad, hogy a téves megítélések következtében téves dinamika alakuljon ki, és a következtetések negatív irányba torzítsák egy igen komoly offenzív cselekmény – nemcsak társadalmi – megítélését. Ha ezt sikerül meglépnünk, talán a szexuális erőszak cselekmények látenciája sem lesz ilyen magas (Korinek, 2020). Ha pedig továbbfűzzük, illetve szükségét érezzük kibontani az egyik iménti gondolatot, miszerint a szexuális bántalmazás komoly pszichotrauma, máris eljutottunk a következő bekezdéshez, és ahhoz a témához, ami a tanulmány gerincét adja.

Mi a (pszicho)trauma?

Mielőtt azonban rátérnénk arra, hogy a szexuális erőszak és abúzus következményeit taglaljuk, fontos bevezetnünk a trauma fogalmát és a kapcsolódó pszichés mechanizmusokat.

Az első ilyen hatásmechanizmus a stressz és a stresszre adott adaptív válaszkészség. A stressz nem más, mint olyan kihívások összessége, amely kibilenti az egyént az adaptív, jól működő környezetéből, és aktivitásra és alkalmazkodásra készíti őt (Selye, 1983). Ahogyan azt Malét-Szabó Erika ezzel kapcsolatban megjegyzi (2020), a sértetteknek, legyen szó bármilyen bűncselekményről, rendszerint olyan eseménnyel kell megküzdeniük, amelynek eredményes feldolgozása és internalizálása több esetben meghaladja képességeiket. Ilyenkor a sértettek fokozott stresszhelyzetet élnek át (Atkinson, Atkinson, Smith, & Bem, 1999), amelynek közös jellemzője, hogy a cselekmény a sértettek által befolyásolhatatlan, megjósolhatatlan, a történések pedig próbára teszik képességeiket. Ahhoz azonban, hogy az átételeket követően ismét minden visszakerüljön a hétköznapi medrébe, adaptív megküzdési stratégiák megléte szükséges, amelyhez sok esetben krízisintervenciók folyamat segíti hozzá a sértetteket.

A kialakuló traumatikus események szinte minden esetben krízisállapotként kezelendők. Ezekben az esetekben az egyénnek nem állnak rendelkezésére olyan külső vagy belső erőforrások, amelyeket mozgósítva eredményesen tudna alkalmazkodni a fokozott stresszhelyzetet eredményező traumatikus külső ingerekhez, ez pedig szükségállapotot generál (Caplan, 1964). Ezeknek a krízisállapotoknak számos, szabad szemmel, laikusok által is pontosan detektálható jele van (Bakó, 2004; Malét-Szabó, 2020). Ezekben a helyzetekben általában a traumatikus eseményt átélt személy figyelme erősen fókuszált és beszűkült, amiből nehezen kimozdítható, nehezen terelhető. A tapasztaltakat és a rendelkezésére álló információkat nem tudja rendszerezni, érzelmeit nehezen kontrollálja, ami miatt gyakran agresszív. Ha a traumatikus életesemények pszichés státuszát igyekszünk összegezni, akkor valószínűleg arról íránk, hogy a traumát átélt egyén tudata jelentősen beszűkült, figyelme nehezen felkelhető-terelhető, sem auto-, sem allopszichésen nem orientált, mentális fékjei fellazultak, hangulata pedig alacsony fekvésű, depresszív színezettel.

Ahogy azt látjuk, ezek a krízisállapotok, legyen az akár 1-es típusú akcidentális krízis, akár 2-es típusú, hosszabb ideig fennálló krízis vagy traumatizáció (Hajduska-Dér, 2019; Kuritárné Szabó, 2015), jelentősen megnehezítik az egyén mindennapi életvitelét, és a fentiekén túl további komoly károkat okoznak nemcsak személyiségében és mentális állapotában, hanem életének minden színterén. A traumatikus események osztályozásának másik szempontja – szemben a fenti 1-es és 2-es típusú traumatizációval –, hogy a trauma kollektív, amely sok embert érint egyidőben, vagy imperszonális, vagyis nem ember által elkövetett, esetlegesen interperszonális, személyközi traumatizáció (Kuritárné Szabó, 2015; Pohárnok & Lénárd, 2015).

De végeredményben akkor mi is a trauma? A trauma gyűjtőfogalom (Kerekes, 2015), ami magába foglalja azokat az eseményeket, amelyek súlyosan fenyegetik és veszélyeztetik az egyén testi-lelki integritását.

Meglátásom szerint Bánfalvi Attila (2015) meghatározása foglalja össze lényegretörően a trauma lényegét: „*a lelki trauma [...] őrizi a fizikai traumából származó eredet nyomát, ti. úgy tánik fel, mintha fizikai sérülés lenne, csak nem a testet, hanem a lelket érinti*”. Ennél szemléletesebben nem is lehetne leírni a trauma meghatározását. Ugyanakkor fontosnak látom kiegészíteni azzal, hogy a fizikai trauma nem minden esetben kell, hogy pontosan azonosítható legyen. Arra gondolok, hogy lehetnek olyan szituációk, amelyeket a benne lévő személyek félreértelmeznek, másként interpretálnak, és a cselekményt, noha az nem destruktív természetű, mégis annak élik meg. Az ebből származó emléklenyomatok pedig pont úgy magukon hordozzák a traumatikus elemeket, mint a konkrét fizikai traumák.

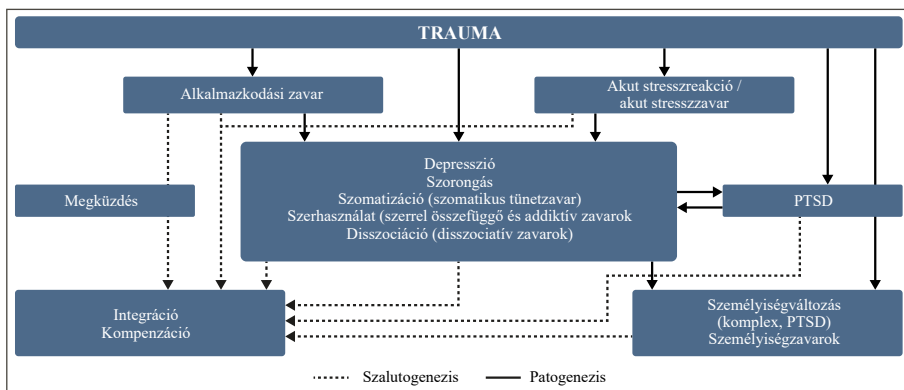
Egy másik meghatározás szerint (APA, 2000, id. Kocsis-Bogár, 2015) a traumák olyan események, amelyek során a személy a saját és mások életének, testi-lelki épségének és integritásának fenyegetését és destrukcióját éli meg, ezzel egy időben pedig tehetetlenségérzetet és erőteljes szorongást él át.

Herman (2011) úgy látja, a traumatikus események meghaladják a traumát átélt személy mindennapi alkalmazkodási képességeit. „*Ennek pedig az az oka, hogy olyan élethelyzetekről van szó, amikor az egyén testi-lelki integritása súlyosan fenyegetett, a személy a helyzetben szélsőségesen kiszolgáltatott és kontrollvesztett*” (Pohárnok & Lénárd, 2015).

Az 1. számú ábra a trauma komplex pszichodinamikáját szemlélteti.

1. számú ábra

A traumatikus események lehetséges kimenetelei



Forrás. Flatten, 2005, id. Kerekes, 2015.

Amint látjuk, a traumatikus esemény szinte minden alkalommal komoly pszichés funkcióvesztést eredményez, a viszonylag enyhe intenzitású alkalmazkodási zavartól kezdve a komoly, egész életen át tartóan fennmaradó, negatív személyiségváltozásokig. A trauma kezelése éppen ebből kifolyólag komoly kihívás, ezért komplex kezelése szükséges. Ha a trauma elfojtásra kerül, és a beteg nem tudja integrálni a traumatikus emlékeket, „szétesik”, dekompenzálódik, és disszociatív állapot alakulhat ki nála, így a gyógyulás nagyon hosszú időbe telik majd. Traumát követően a cél az eredményes megküzdés és az átéltek sikeres integrációja, hogy a beteg visszatérhessen a korábban jól megszokott életébe, ami ennek ellenére sem lesz már ugyanaz.

A szexuális bántalmazás bio-pszicho-szociális következményei

Sokan talán bele sem gondolnak abba, hogy a szexuális erőszak cselekmények nem pusztán pszichés traumákkal járnak együtt, hanem komoly organikus megbetegedéseket és szociális-gazdasági következményeket eredményeznek.

A túlélők esetében nagyon gyakran felmerül gasztrointesztinális és kardiovaszkuláris megbetegedés, különösen hipertonia és tachycardia, obesitas, szexuális úton terjedő nemi megbetegedések, nem kívánt terhesség, valamint alvászavar (Nyúl et al., 2018). Ugyancsak gyakori organikus következmény az iszkémiás szívbetegség, a májbetegség, az autoimmun megbetegedések (Kósa, 2015).

Az organikus megbetegedéseken túl jelentősek a szexuális erőszakot követő pszichés funkcióvesztések is, amelyeket itt csak röviden, a pszichotraumatológiával összefüggésben prezentálok, a részletes patopszichológiai mechanizmusok ismertetésétől eltekintek.

A túlélők esetében szinte a teljes mentális zavar repertoár megtalálható: gyakran azonosítanak poszttraumatikus stressz zavart, depressziót, és gyakrabban számolnak be kóros alkoholfogyasztásról és önsértő magatartásokról (Nyúl et al., 2018; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005; Zafarzai & Amiri, 2021), szexuális diszfunkciókról. A gyermekáldozatok esetében a kutatások szeparációs szorongást, fóbiát, PTSD-t, ADHD-t és oppozíciós zavart, bipoláris affektív zavart, magatartászavart, továbbá reaktív kötődési zavart azonosítottak (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998; Spinazzola et al., 2005). Jelentős a szuicid veszélyeztetettség is: a behatolással járó cselekményeket átél gyermekek körében a depresszió esélyhányadosa 8,1, míg az öngyilkossági kísérlet aránya 11,8 a nem bántalmazott gyermekekhez képest (Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996; Fergusson, Horwood, & Woodward, 2000). Kuritárné Szabó & Merza (2017) kutatási beszámolójukban arról írnak, hogy „*a depressziós epizód élettartam-prevalenciája a szexuálisan*

bántalmazottak körében háromszor-ötször magasabb a nem bántalmazottakhoz képest, de ha a szexuális traumatizáció fogalmát leszűkítjük a legsúlyosabb, behatolással járó bántalmazásformákra, a depresszió kialakulásának esélye az áldozatokban nyolcszorosra nő. [...] Az öngyilkossági kísérletek esélye négy-szeres, behatolással járó esetekben majdnem tizenkétszeres [...]; az alvászavarok esélye pedig a szexuálisan bántalmazottak körében tizenhatszorososa a nem bántalmazottakhoz képest” (Kuritárné Szabó & Merza, 2017).

A borderline személyiség

A korai gyermekkori (szexuális) traumatizáció a borderline személyiségszerkezet kialakulását és megszilárdulását is eredményezheti. A borderline betegek közel 80%-a számol be traumáról, illetve a paranoid személyiségzavarban szenvedők körében is nagyon magas a traumatogén kóreredet (Golier et al., 2003; Kuritárné Szabó, 2015). A borderline beteg viselkedése sokszor önsértő magatartással, szuicid intenciókkal színezett, esetében pszichoaktív-szer-használat vagy viselkedéses addikció veszélye is fennáll. Mindez a koragyermekkori traumatizáció végterméke (Herold, 2017; Kuritárné Szabó & Merza, 2017; Osváth, 2017; Soloff, Lynch, Kelly, Malone, & Mann, 2006). A borderline személyiségzavarral diagnosztizált betegek körében szignifikánsan gyakoribb a korai életkorban kezdődő (Westen, Ludolph, Misle, Ruffins, & Block, 1990), behatolással járó intrafamiliaris abúzus és az ismétlődő viktimizáció (Figueroa, Silk, Huth, & Luhr 1997; Merza, Papp, & Kuritárné Szabó, 2015; McLean & Gallop, 2003; Silk, Lee, Hill, & Lohr, 1995; Zanarini et al., 2002). A Merza Katalinék által végzett kutatásban (2015) a borderline betegek 86%-a számolt be tizennyolc éves koruk alatt átélt érzelmi és fizikai elhanyagolásról, míg a válaszadók 56%-a számolt be szexuális abúzusról.

Poszttraumatikus stressz-zavar

A traumatikus események kapcsán szítnén megjelenő és a legtöbbet kutatott pszichés zavar a poszttraumatikus stressz-zavar, röviden PTSD (World Health Organization, 2022; Haller, 2020; Hárدي, Kroó, & Kéri, 2021; Zafarzaí & Amiri, 2021), ami valamilyen súlyos traumatogén eseményt követően alakul ki, például háború, természeti katasztrófa, közlekedési baleset. Szexuális bántalmazást követő prevalenciája magasabb, mint 50% (Kuritárné Szabó, 2015; Martényi, 2000). A klinikai pszichológiában használt klasszifikációs rendszerek pontosan deskriptálják a PTSD tünettanát, amely ezáltal nagy segítséget nyújt mind

a kutatók, mind a terapeuták számára. Egyik legnyomasztóbb tünete a kontrollálhatatlan emlékbetörés, amikor a beteg nemcsak, hogy visszaemlékezik a traumatikus eseményre, hanem újraéli azt, amely újraéléshez ugyanazok az intruzív érzések és érzelmek társulnak, mint a PTSD-t kiváltó eseményhez (Ehlers, Hackmann, & Michael, 2004; Hajduska-Dér, 2019; Kerekes, 2015; Perczel-Forintos, 2010). Ezek az újraélések a társas környezet számára bizarr szituációk, amely visszajelzések (Kocsis-Bogár, 2015) jelentős mértékben visszavetik a beteg medikalizációban való részvételét.

A PTSD az utóbbi évek során végzett traumakutatások egyik központi témakörévé vált (Frommberger, Angenendt, & Berger, 2014; Garai, 2019; Lysaker & La Rocco, 2008; Subica, Claypoole, & Wylie, 2011), amelynek köszönhetően ma már sokat tudunk etiológiájáról, epidemiológiájáról és pszichoterápiás lehetőségeiről is.

A disszociáció élménye

A legújabb pszichotraumatológiai kutatások a disszociáció szerepét és jelentőségét hangsúlyozzák (Kuritárné Szabó, 2015; Morrison, Frame, & Larkin, 2003; Startup, 1999; van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006) mint a trauma-spektrumzavarok közös metszéspontját és a legfontosabb patomechanizmusok egyikét. Tünetcsoportjai az identitás, az emlékezet és az adaptív viselkedéses válaszgátlása, integrált működésének megváltoztatása. Kapcsolódása a traumatikus eseményekhez abban keresendő, hogy a „*disszociáció – mint énvédő mechanizmus – megóvjá az egyént a számára megterhelő külső körülményektől és megkíméli az elviselhetetlennek érzett belső feszültségektől*” (Osváth, 2021).

A személyiség három struktúrális disszociációját különböztetjük meg. Az elsődleges struktúrális disszociáció a PTSD tüneteként jelenik meg, és szervezi a látszólag normális személyiséget (Apparently Normal Personality – ANP), amely a traumatizált személy mindennapos életvezetéséért felelős, illetve moderálja az érzelmi személyiségrészt (Emotional Personality – EP), amely a traumatogén emlékeket tárolja. A másodlagos és harmadlagos struktúrális szinten már jóval összetettebb, komplex disszociációs állapotokkal találkozunk. A másodlagos szintre továbbra is az ANP működése érvényes, azonban az EP ezen a szinten már a traumára reflektáló megküzdési akciótervek és további mentális tartalmak hordozását is magába foglalja. A harmadlagos struktúrális szinten pedig már olyan nagy mértékben diverz és inkoherens személyiséggel találkozunk, amit már nem képes a struktúra egyben tartani, így a személyiség több ANP-re és több EP-re hasad szét, ami végeredményben disszociatív személyiségzavarhoz

vezet. Ezek a „leszakadt” személyiségrészek hol kifejtett, hol pedig kezdetlegesebb „*saját szelférettel és ágenciaérzettel rendelkeznek. Mindegyiknek saját emlékei, sajátos korlátozott látásmódja, viselkedéskészlete, védekezési módja és kötődési jellemzői vannak*” (Kuritárné Szabó, 2015). A pszichoterápia feladata ezeknek az elkülönült, disszociálódott személyiségrészeknek az integrációja, amely a beteg ismételt adaptív működéséhez vezet. Noha a disszociáció hallatán legelőször annak klinikai aspektusai jutnak eszünkbe, nem elfelejtendő az sem, hogy az egészséges, hétköznapi emberek is naponta többször élnek át disszociatív állapotokat – ezek rendszerint álmodozások, a figyelem elkalandozása, amik segítik kreatív, új nézőpontok kialakítását (Kerekes, 2015).

Skizofrénia-spektrumzavar

Kevésbé gondolnánk, de a skizofrénia-spektrumzavar és egyéb pszichotikus kórképek kialakulásában is jelentős a bántalmazás és a traumatizáció szerepe, különösen akkor, ha a bántalmazás az áldozat 12. életéve előtt történt, a bántalmazó pedig az édesanya volt (Fisher et al., 2010; Kocsis-Bogár & Perczel-Forintos, 2014; Perczel-Forintos & Kocsis-Bogár, 2015; Stanton, Denietolis, Goodwin, & Dvir, 2020). A skizofrénia-spektrumzavar és az azzal élők általában kriminalizációnak vannak kitéve, hiszen alapvetően a zavar kapcsán az erőszakos viselkedéssel és bűnelkövetéssel való kapcsolatát vizsgálják a kutatók (Bellavics, 2019; Halmi, 2017). Ugyanakkor számos korai kutatás is igazolta, hogy összefüggés áll fenn a hanghallások és az esetleges hallucinatorikus élmények és a traumatizáció között (Honig et al., 1998; Lysaker, Meyer, Evans, Clements, & Marks, 2001; Romme & Escher, 1989). Egy 2011-ben közzétett tanulmány (Arseneault et al., 2011) 2232 család nyomán követésének eredményéről számolt be. E szerint a kutatók a családok életét a gyermekek 5 és 12 éves kora között követték figyelemmel; azok a gyerekek pedig, akik elmondásuk szerint felnőtt- vagy kortársbántalmazás áldozataivá váltak, lényegesen gyakrabban számoltak be pszichotikus állapotokról. Steel és munkatársai (2009) kutatási eredményei rámutattak arra, hogy egészséges, de magas szkizotípia pontszámmal rendelkező személyek hatszor gyakrabban számoltak be fizikai, és négyszer gyakrabban szexuális jellegű bántalmazásról.

Egy fiatal fiú esete

A kutatók (Farkas, Erdős, Jelencsics, Pogonyi, & Sófi, 2022) egy fiatal fiú esetét mutatták be, aki 2021 szeptemberében került felvételre a Heim Pál Országos

Gyermekgyógyászati Intézet Gyermek és Serdülő Pszichiátriai Osztályára. A fiatal fiú hosszú évekig szexuális kizsákmányolás áldozata volt, ezalatt az idő alatt pedig személyisége az átélt traumák hatására jelentősen megváltozott. Familiáris anamnézisében gondterhelt szülői kapcsolatot tártak fel, édesanyja prostituáltként dolgozott, szűkebb családja pedig a fiút is prostitúciós tevékenység végzésére kényszerítette. Az exploráció során több traumatikus eseményt azonosítottak, köztük azt is, hogy egy alkalommal két bátyja és azok barátai kihasználták bódult állapotát megkötözték, és szexuálisan bántalmazták. A pszichodiagnosztika számos pszichés diszfunkciót tárt fel, amelyek komplex poszttraumatikus stresszszavar fennállására utaltak: flashbackek, váratlan emléketörések, súlyos bántalmazásból származó pszichotraumák, szuicid intenciók, parancshallucinációk. Kezelése gyógyszeres terápiával egészült ki, amelyre jól reagált, azóta már osztályos ellátást sem igényel.

Ez az eset jól összegzi mindazokat a pszichopatológiai következményeket és állapotokat, amelyekről az előzőekben írtam. Jelen vannak a PTSD klasszikus tünetei, a pszichotikus állapotokra jellemző hallucinációs élmények és az öngyilkossági szándék is, ami így gyakorlatilag kirajzolja a komplex PTSD tünettanát. Az ilyen pszichotraumák nehezen gyógyulnak, de látjuk, hogy megfelelő segítséggel enyhíthetők az áldozat tünetei, egyúttal lelki sebei.

Összegzés

A fentiek után nem kérdés, hogy a szexuális erőszak komoly és összetett következményekkel jár a sértettek életében. A szexuális erőszak áldozatai nagyon gyakran kiszorulnak a társadalom peremterületeire, izolálódnak és idővel lemorzsolódnak. Ennek az elszigetelődésnek azonban az alapja az a belső frusztráció, megalázottság és a stigmatizációtól való félelem, amelyeket például a fentebb tárgyalt nemierőszak-mítoszok gerjesztenek, illetve amelyek megfékezésében ezen mítoszok legyőzése játszik kulcsszerepet. Igazoltnak látom azt is, hogy miért kell a szexuális erőszakos bűncselekmények empirikus vizsgálatával, kutatásával, feltérképezésével foglalkoznunk. Mindent meg kell tennünk annak érdekében, hogy az ilyen cselekmények minél hamarabb felderítésre kerüljenek, az áldozatok pedig megtalálhassák lelki békéjüket. Ehhez azonban az kell, hogy olyan eljárások, módszerek, nyomozástámogató lehetőségek álljanak rendelkezésre, amelyek illeszkednek a szexuális erőszak szövevényes dinamikájához. Az egészségügyi ellátórendszer nagyban hozzájárul a pszichotraumák kezeléséhez, és szerencsére itt is, ahogyan a büntetőeljárásban is, megvannak azok a módszerek, amelyek segítik a traumatikus élmények feldolgozását.

Szerencsére egyre több olyan szervezet is képviseli magát, amely az áldozatok mentális jó- és jóllétéért tesz, és a nyomozó hatóság is egyre felkészültebb az ilyen cselekmények sértettjeinek kezelésére. Márcsak a társadalom áldozathibáztató attitűdjét kell mérsékelnünk, ami egy szép feladat.

Felhasznált irodalom

- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children. *Child Abuse and Neglect*, 22(8), 759–774. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00062-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00062-3)
- Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H. L., Polanczyk, G., Moffitt, T. E., & Casp, A. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 168(1), 65–72. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040567>
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., & Bem, D. J. (1999). *Pszichológia*. Osiris Kiadó.
- Bakó T. (2004). *Verem mélyén – Könyv a krízisről*. Sorsfordító könyvek I. Psycho Art.
- Bánfalvi A. (2015). Abúzus, trauma, értelem. In Kuritárné Szabó I., & Tisljár-Szabó E. (Szerk.), *Újgy szerettem volna, ha nem bántottak volna... A családon belüli gyermekkori traumatizáció: élelet és terápia* (pp. 75–88). Oriold és Társai Kiadó.
- Bellavics M. Zs. (2019). Az emberölés és a skizofrénia összefüggései a klinikai profilalkotás tükrében. In Baráth N. E., & Mezei J. (Szerk.), *Rendészet–Tudomány–Aktualitások. A rendészettudomány a fiatal kutatók szemével. Konferenciakötet* (pp. 24–30). DOSZ Rendészettudományi Osztálya.
- Ben-David, S. & Schneider, O. (2005). Rape perceptions, gender role attitudes, and victim-perpetrator acquaintance. *Sex Roles*, 53(5–6), 385–399. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-6761-4>
- Bridges, J. S. (1991). Perceptions of date rape and stranger rape: A difference in sex role expectations and rape-supportive beliefs. *Sex Roles*, 24(5), 291–307. <https://doi.org/10.1007/BF00288303>
- Campbell, R. (2006). Rape survivors' experiences with the legal and medical systems: Do rape victim advocates make a difference? *Violence Against Women*, 12(1), 30–45. <https://doi.org/10.1177/1077801205277539>
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Book Ltd.
- Drexler B. & Somogyvári M. (2015a). Női szexuális bűnelkövetők I. – Éléleti keretek, tipológiák. *Börtönügyi Szemle*, 34(3), 28–42.
- Drexler B., & Somogyvári M. (2015b). Női szexuális bűnelkövetők II. – Alapadatok, leíró statisztikák. *Börtönügyi Szemle*, 34(4), 1–21.
- Ehlers, A., Hackmann, A., & Michael, T. (2004). Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: Phenomenology, theory, and therapy. *Memory*, 12(4), 403–415. <http://dx.doi.org/10.1080/09658210444000025>

- Erdélyi Á. (2022). Kriminálisztikai pszichológia: Hogyan segíthet a pszichológia a bűnüldözésben? *Belügyi Szemle*, 70(5), 1025–1038. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2022.5.8>
- Farkas J., Erdős S., Jelencsics R. D., Pogonyi K., & Sófi Gy. (2022). Egy fiatal viktimizálódása és kriminalizál(ód)ása. In *Zárás és nyitás – Erőforrások, reakciók és megküzdés a változások idején. Konferenciakötet* (pp. 57–57). MAGYIPETT.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Woodward, L. J. (2000). The stability of child abuse reports: A longitudinal study of the reporting behavior of young adults. *Psychological Medicine*, 30(3), 529–544. <https://doi.org/10.1017/s0033291799002111>
- Fergusson, D. M., Horwood, L., & Lynskey, M. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, II: Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1365–1374. <https://doi.org/10.1097/00004583-199610000-00024>
- Figueroa, E. F., Silk, K. R., Huth, A., & Luhr, N. E. (1997). History of childhood sexual abuse and general psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 38(1), 23–30. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90049-3](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90049-3)
- Fisher, H. L., Jones, P. B., Fearon, P., Craig, T. K., Dazzan, P., & Morgan, K. (2010). The varying impact of type, timing and frequency of exposure to childhood adversity on its association with adult psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 40(12), 1967–1978. <https://doi.org/10.1017/s0033291710000231>
- Flatten, G. (2005). Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD). In Egle, U. T., Hoffmann, S. O., & Joraschky, P. (Szerk.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen* (pp. 297–315). Schattauer GmbH.
- Frommberger, U., Angenendt, J., & Berger, M. (2014). Posttraumatische Belastungsstörung – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Deutsches Ärzteblatt*, 11(5), 59–66.
- Fuller, G. (2016). Non-offending parents as secondary victims of child sexual assault. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*, 500, 1–7. <https://doi.org/10.52922/ti158270>
- Garai N. (2019). Ismételt és másodlagos viktimizációs kutatások a kriminológia területén. *Themis*, 1, 22–55.
- Gekoski, A., Adler, J. R., & Gray, J. M. (2013). Interviewing women bereaved by homicide: Reports of secondary victimization by the criminal justice system. *International Review of Victimology*, 19(3), 307–329. <https://doi.org/10.1177/0269758013494136>
- Giczi J., & Gregor A. (2017). „Az erőszaktevő hibája, de...” – Diákok egy egyetemi nemi erőszakról. In Parti K. (Szerk.), *Szexuális erőszak: mítosz és valóság. Kutatások a szexuális erőszakról* (pp. 57–86). Országos Kriminológiai Intézet.
- Golier, J. A., Yehuda, R., Briener, L. M., Mitropoulou, V., New, S. A., Schmeidler, J., Silverman, J. M., & Siever, L. J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2018–2024. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.2018>

- Hajduska-Dér N. (2019). Krízisintervenció a gyakorlatban – az öngyilkosság krízise. A klinikai szakpszichológus szerepe a krízisosztályon. In Kapitány-Fövény M., Koncz Zs., & Vargas S. K. (Szerk.), *Klinikai szakpszichológia a gyakorlatban. Útirányok* (pp. 25–48). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Haller J. (2020). Kriminálpszichiátria és a bűnelkövetők tipológiája. In Haller J. (Szerk.), *Rendészeti pszichológia* (pp. 13–72). Dialóg Campus Kiadó.
- Halmi T. (2017). Szkizofrén pszichózisok és erőszakos viselkedés: etiológiai és terápiás kérdések preventív nézőpontból. *Doktori (PhD) disszertáció*. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Klinikai Idegtudományok Doktori Iskola.
- Hárdi L., Kroó A., & Kéri Sz. (2021). Traumával és stresszrel összefüggő zavarok. In Németh A., Füredi J., Lazár J., & Somlai Zs. (Szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve. 6. átdolgozott és bővített kiadás* (pp. 307–312). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Herman, J. L. (2011). *Trauma és gyógyulás*. Háttér Kiadó – Kávé Kiadó – NANE Egyesület.
- Herold R. (2017). Mentalizáció és személyiségzavar. In Tényi T. (Szerk.), *Személyiségzavarok – klinikum és kutatás* (pp. 73–114). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Holmstrom, L. L. & Burgess, A. (1987). *The victim of rape*. Transaction Books.
- Honig, A., Romme, M. A., Ensink, B. J., Escher, S. D., Pennings, M. H., & deVries, M. W. (1998). Auditory hallucinations: Comparison between patients and nonpatients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 184(10), 646–651. <https://doi.org/10.1097/00005053-199810000-00009>
- Kanekar, S. & Nazareth, A. M. (1988). Attributed rape victim's fault as a function of her attractiveness, physical hurt and emotional disturbance. *Social Behavior*, 3(1), 37–40.
- Kerekes Zs. (2015). A poszttraumás stressz. In Kiss E. Cs., & Sz. Makó H. (Szerk.), *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana* (pp. 248–275). Pannónia Könyvek.
- Kingma, J. (1999). Repeat victimization of victims of violence. A retrospective study from a hospital emergency department for the period 1971–1995. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(1), 79–90. <https://doi.org/10.1177/088626099014001005>
- Kocsis-Bogár K. (2015). A szkizofrénia spektrum és a traumatikus életesemények összefüggései. *Doktori (PhD) disszertáció*. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola.
- Kocsis-Bogár, K. & Perczel-Forintos, D. (2014). The relevance of traumatic life events in schizophrenia spectrum disorders. *Clinical Neuroscience*, 67(9–10), 301–308.
- Korinek L. (2020). Látens bűnözés. In Barabás A. T. (Szerk.), *Alkalmazott kriminológia* (pp. 369–376). Dialóg Campus Kiadó.
- Koss, M. P., Dinero, T. E., Seibel, C. A., & Cox, S. L. (1988). Stranger and acquaintance rape: Are there differences in the victim's experience? *Psychology of Women Quarterly*, 12(1), 1–24. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1988.tb00924.x>
- Kósa K. (2015). A gyermekkori traumatizáció hatásai a felnőttkori egészségi állapotra. In Kuritárné Szabó I., & Tisljár-Szabó E. (Szerk.), *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna... A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia* (pp. 139–166). Oriold és Társai Kiadó.

- Kuritárné Szabó I. (2015). A gyermekkori családon belüli traumatizáció és következményei. In Kuritárné Szabó I., & Tisljár-Szabó E. (Szerk.), *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna... A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia* (pp. 13–52). Oriold és Társai Kiadó.
- Kuritárné Szabó I. & Merza K. (2017). A szexuális bántalmazás és a borderline tünetprofil összefüggései. In Parti K. (Szerk.), *Szexuális erőszak: mítosz és valóság. Kutatások a szexuális erőszakról* (pp. 89–127). Országos Kriminológiai Intézet.
- Lysaker, P. H. & LaRocco, V. A. (2008). The prevalence and correlates of trauma-related symptoms in schizophrenia spectrum disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 330–334. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.12.003>
- Lysaker, P. H., Meyer, P., Evans, J., Clements, C., & Marks, K. (2001). Childhood sexual trauma and psychosocial functioning in adults with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52(11), 1485–1488. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.11.1485>
- Malét-Szabó E. (2020). Viktimológia. In Haller J. (Szerk.), *Rendészeti pszichológia* (pp. 73–110). Dialóg Campus Kiadó.
- Martényi F. (2000). A poszttraumas stressz-betegség. Tünetek, neurobiológia és gyógyszeres terápiák. *Psychiatry Hungarica*, 15(3), 276–293.
- McLean, L. M. & Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 369–371. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.369>
- Merza K., Papp G., & Kuritárné Szabó I. (2015). Borderline személyiségzavar és gyermekkori traumatizáció. In Kuritárné Szabó I., & Tisljár-Szabó E. (Szerk.), *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna... A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia* (pp. 167–184). Oriold és Társai Kiadó.
- Miller, A. K., Markman, K. D., & Handley, I. M. (2007). Self-blame among sexual-assault victims prospectively predicts revictimization: A perceived sociolegal context model of risk. *Basic and Applied Social Psychology*, 29(2), 129–136. <https://doi.org/10.1080/01973530701331585>
- Morrison, A. P., Frame, L., & Larkin, W. (2003). Relationship between trauma and psychosis: Review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(Pt. 4), 331–353. <https://doi.org/10.1348/014466503322528892>
- Nagy L. T. (2006). Az erőszakos bűnözés. In Gönczöl K., Kerezi K., Korinek L., & Lévay M. (Szerk.), *Kriminológia-Szakkriminológia* (pp. 355–375). CompLex Kiadó.
- Nyúl B., Ferenczy D., Kende A., & Szabó M. (2018). A Nemierőszak-mítoszok Elfogadása Skála (NEMES) magyar adaptációja. *Alkalmazott Pszichológia*, 18(1), 115–135. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2018.1.115>
- O'Donohue, W. (2021). A forensic interview protocol for adult sexual assault: Content validity and consumer acceptability. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 21(1), 133–147.
- Parti K., Szabó J., & Virág Gy. (2016). A média azt üzente... Szexuális erőszakkal kapcsolatos ismeretek, vélemények és attitűdök vizsgálata egy médiakampány kapcsán. *Médiakutató*, 16(2), 7–24.

- Perczel-Forintos D. (2010). A poszttraumás stressz zavar kognitív viselkedésterápiája. In Perczel-Forintos D., & Mórotz K. (Szerk.), *Kognitív viselkedésterápia* (pp. 417–437). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Perczel-Forintos D. & Kocsis-Bogár K. (2015). Traumatikus életesemények a szkizofrén pszichózisok hátterében. In Kuritárné Szabó I., & Tisljár-Szabó E. (Szerk.), *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna... A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia* (pp. 185–202). Oriold és Társai Kiadó.
- Peterson, Z. & Muehlenhard, C. L. (2004). Was it rape? The function of women's rape myth acceptance and definitions of sex in labeling their own experiences. *Sex Roles, 51*(3–4), 129–144. <https://doi.org/10.1023/B:SERS.0000037758.95376.00>
- Pohárnok M. & Lénárd K. (2015). A trauma lélektana. In Kiss E. Cs., & Sz. Makó H. (Szerk.), *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana* (pp. 221–234). Pannónia Könyvek.
- Romme, M. & Escher, A. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin, 15*, 209–216. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.209>
- Selye J. (1983). *Stressz distressz nélkül*. Akadémia Kiadó.
- Silk, K. R., Lee, S. P., Hill, E. M., & Lohr, N. E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry, 152*(7), 1059–1064. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.1059>
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2006). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: A comparative study. *American Journal of Psychiatry, 157*(4), 601–608. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.601>
- Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B. A., Silva, S., & Smith, S. F. (2005). Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and intervention among children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*(5), 433–439. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-09>
- Stanton, K. J., Denietolis, B., Goodwin, B. J., & Dvir, Y. (2020). Childhood trauma and psychosis: An updated review. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 29*(1), 115–129. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.004>
- Startup, M. (1999). Schizotypy, dissociative experiences and childhood abuse: Relationships among self-report measures. *British Journal of Clinical Psychology, 38*(4), 333–344. <https://doi.org/10.1348/014466599162908>
- Steel, C., Marzillier, S., Fearon, P., & Ruddle, A. (2009). Childhood abuse and schizotypal personality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*(11), 917–923. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0038-0>
- Subica, A. M., Claypoole, K. H., & Wylie, A. M. (2011). PTSD's mediation of the relationships between trauma, depression, substance abuse, mental health, and physical health in individuals with severe mental illness: Evaluating a comprehensive model. *Schizophrenia Research, 136*(1–3), 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.10.018>

- Szatmári A. (2019). A különleges bánásmódot igénylő sértettek meghallgatásának bűnüldözési lehetőségei és tapasztalatai a rendőrségi eljárásokban. In Gaál Gy., & Hautzinger Z. (Szerk.), *A bűnüldözés és a bűnmegelőzés rendészettudományi tényezői* (pp. 181–189). Pécsi Határőr Tudományos Közlemények.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W. W. Norton & Company.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 389–399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- Ward, C. A. (1995). *Attitudes towards rape: Feminist and social psychological perspectives*. SAGE Publications Ltd.
- Westen, D., Ludolph, P., Misle, B., Ruffins, S., & Block, J. (1990). Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *American Journal of Orthopsychiatry, 60*(1), 55–66. <https://doi.org/10.1037/h0079175>
- World Health Organization. (2022). *Betegségek nemzetközi osztályozása, 11. kiadás*. World Health Organization.
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(6), 381–387. <https://doi.org/10.1097/00005053-200206000-00006>
- Zafarzi, I. & Amiri, A. (2021). Clinical and psychological consequences of sexual assault. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 11*(1), 433–440. <https://doi.org/10.6007/IJARBS/v11-i1/8525>
- Z. Papp Zs. (2017). Az áldozathibáztatás pszichológiai magyarázatai – A kontroll szerepe az áldozatsegítésben. *Alkalmazott Pszichológia, 17*(1), 77–97. <https://doi.org/10.17627/ALK-PSZICH.2017.1.77>

Alkalmazott jogszabály

2017. évi XC. törvény a büntetőeljárásról

A cikk APA szabály szerinti hivatkozása

Erdélyi Á. (2025). Az erőszakos szexuális bűncselekmények pszichotraumatológiája. *Belügyi Szemle, 73*(1), 63–83. <https://doi.org/10.38146/BSZ-AJIA.2024.v73.i1.pp63-83>

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

Jelen cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY NC-ND 2.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje feltüntetésre kerülnek.

Levelező szerző

A cikk levelező szerzője Erdélyi Ákos, aki az erdelyi.akos@stud.uni-nke.hu e-mail címen érhető el.