

BABEȘ-BOLYAI
TUDOMÁNYEGYETEM

ANTAL IMOLA
DÁVID KACSÓ ÁGNES
LÁSZLÓ ÉVA
ROTH MÁRIA

BEVEZETÉS A GYEREKVÉDELEMBE



Presa Universitară Clujeană

BEVEZETÉS A GYERMEKVÉDELEMBE

– 3ik átdolgozott kiadás –

Szerkesztő:
ANTAL IMOLA

Szerzők:
Antal Imola | Dávid Kacsó Ágnes | László Éva | Roth Mária

BEVEZETÉS A GYERMEKVÉDELEMBE

– 3ik átdolgozott kiadás –

Szerkesztő:

ANTAL IMOLA

Szerzők:

Antal Imola

Dávid Kacsó Ágnes

László Éva

Roth Mária

PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ

2024

Referenți științifici:

Prof. univ. dr. Eniko Albert-Lorincz

Dr. Andreea Constantinescu, cercetător științific III

ISBN 978-606-37-2444-2

© 2024 Coordonatoarea volumului. Toate drepturile rezervate. Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice mijloace, fără acordul coordonatoarei, este interzisă și se pedepsește conform legii.

**Universitatea Babeș-Bolyai
Presa Universitară Clujeană**

Director: Codruța Săcelean

Str. B.P. Hasdeu nr. 51

400371 Cluj-Napoca, România

Tel.: (+40)-744.687.884

E-mail: editura@ubbcluj.ro

<http://www.editura.ubbcluj.ro/>

<https://biblioteca.ubbcluj.ro/>

TARTALOMJEGYZÉK

1. A gyermek jóléte	7
<i>Roth Mária</i>	
2. A gyermekekkel szembeni erőszak formái	29
<i>Antal Imola, Roth Mária, Dávid-Kacsó Ágnes</i>	
3. A fizikai és érzelmi bántalmazás	41
<i>Dávid-Kacsó Ágnes, Antal Imola</i>	
4. A szexuális bántalmazás	55
<i>Antal Imola</i>	
5. A gyermek elhanyagolása	77
<i>Dávid-Kacsó Ágnes</i>	
6. Gyermekkereskedelem	115
<i>László Éva</i>	
7. A bántalmazás és az elhanyagolás következményei	131
<i>Antal Imola, Roth Mária</i>	

7. A gyermekbántalmazás-jelenség megértésének a fejlődése	159
<i>Dávid-Kacsó Ágnes, Roth Mária</i>	
8. A gyermeket ért rossz bánásmód felmérése	189
<i>Roth Mária, Antal Imola, László Éva</i>	
9. A gyermekbántalmazás esetében történő beavatkozás.....	217
<i>László Éva, Roth Mária, Antal Imola</i>	
10. A tanácsadás bántalmazott, elhanyagolt gyermekekkel és családjukkal	237
<i>Antal Imola</i>	
11. A gyermekbántalmazás megelőzése	257
<i>Dávid-Kacsó Ágnes</i>	

1.

A GYERMEK JÓLÉTE

Roth Mária

A modern társadalmak fő ismérvei közé tartoznak a gyermekgondozási és gyermekvédelmi törvények, eljárások, juttatások és szolgáltatások. A gyerek jóléte érdekében létrehozott szociális rendszer működtetése által ismeri el az állam azokat az értékeket, amelyeket a gyerekeknek és a gyerekkornak tulajdonít és biztosítja a gyerekek jólétét és biztonságát.

A gyermekvédelem kialakulása

A középkori társadalmakban, valamint máig a tradicionális családokban a gyerekeket a szülők a saját tulajdonuknak tekintették. A gyerekek szükségleteit csak a modern korszak kezdetén, a 19 század végén vették jogilag figyelembe.

Az első gyermekvédő törvényt New York civil mozgalma érte el, amikor 1874-ben egy New York-i egyházi gondozó azzal fordult az Állatvédő Ligához, hogy egy Mary Ellen nevű kislányt a nevelő-szülők rendszeresen bántalmaznak. Kihasználva az állatvédelem lehetőségeit, sikerült Mary Ellent elvenni a nagynénjétől, aki kínozta, verte, és éhezett. Ez a sikeres civil akció, amit az akkori New Yorki újságírók ismertettek a lakósággal, a gyerekvédő törvények kezdetét jelentette. Az „Állatvédő ligából”, „Állat és Gyermekvédő Liga lett”, ami a mai napig aktívan áll ki a jogsértések ellen.

A világ súlyos válságai, a tragédiákon túl, összefogáshoz is vezettek. Miután az első világháború nyomán sok család elszegényedett, munka nélkül maradt és gyerekek elárvultak, a béke folyamat égisze alatt a karitatív szervezetek egyre erősebben követelték az országok kormányainak felelősségvállalását a gyerekek sorsa iránt. 1924-ben először a Népek Szövetsége¹, Genfi Nyilatkozat néven, a Mentsd meg a Gyermeket szervezet egy okmányt fogadott el, ami a gyermekek jólétét biztosító alapjogokat tartalmazza².

A II. világháborút követő években, a szociális és gazdasági helyzet helyreálltával, a nyugati országokban a társadalom- és orvostudományi kutatások a gyermekek létfeltételeinek javítása érdekében kidolgozták a gyermekvédelem tudományos alapjait. Már 1945-ben, a Népek Szövetségének utódjaként megalakult az Egyesült Nemzetek Szövetsége (az ENSZ) és működésbe lépett ennek gyermek védő szervezete, az Egyesült Nemzetek Nemzetközi Gyermek Gyorssegélyalapja (United Nations International Children's Emergency Fund)³. Az ENSZ által 1946-ban elfogadott Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata a gyerekekre vonatkozó rendelkezést is tartalmazott, anélkül hogy a gyerekek sérülékenységre, és a nekik kiemelten járó gondoskodásra részletesen kitérjen.

Ezzel egyidőben, híres pszichoanalitikus, pszichiáter és pszichológus kutatók, mint például R. A. Spitz (1946), J. Bowlby (1951), A. Freud (1946, 1947, 1952), D. W. Winnicott (1960), M. Ainsworth & Bowlby (1982) és mások, azt a célt tűzték ki, hogy a közvélemény figyelmét felhívják: a gyerekek bántalmazása, a szülőktől való elválasztásuk, érzelmi vagy nevelési elhanyagolásuk hosszú távú negatív hatásokat eredményezhetnek. Ugyanakkor a kutatók és a civil szervezetek a hatóságok és a szülők tudomására kívánták hozni a gyermekek lelki egészsége fenntartását szolgáló lehetőségeket. Munkásságuk által, a XX-ik század második fele

¹ A Népek Szövetsége, eredeti néven League of Nations, az első kormányközi szövetség amely a béke fenntartását és az emberi jogokat szolgálta az első világháború befejezésétől. Majd 1946-ban e nemzetközi egyezmény szerepét átvette az Egyesült Államok Szövetsége.

² Lásd a Mentsd meg a Gyermeket bemutató oldalát: <https://www.savethechildren.net/about-us/100-years-children>

³ Lásd az UNICEF bemutató oldalát, https://sites.unicef.org/about/who/index_history.html

jelentős változásokat hozott a nyugati társadalmakban a gyermekekhez való viszonyulás szempontjából: ekkor tudatosították az intézményben gondozott gyermekek neveléséből fakadó negatív következményeket és ismerték fel a családban előforduló visszaéléseket és bántalmazásokat. A szakemberek és gyermekjogi szakemberek összefogásával az első programokat a bántalmazás megelőzésére ebben a periódusban dolgozták ki, ami ugyanakkor fellendítette a gyermekek jogaival foglalkozó szervezetek tevékenységét. Az ENSZ által 1959-ben kidolgozott Gyermekek Jogainak Nyilatkozata felhívja a figyelmet, hogy minden gyermeknek fajtól, bőrszíntől, nemtől, és nemzetiségtől függetlenül, diszkrimináció nélkül, joga van szeretethez, megértéshez, támogatáshoz, neveléshez és biztonsághoz, illetve az egészséges fejlődés minden lehetőségéhez.

A múlt század 70-es éveiben a gyermekek szükségleteire vonatkozó kutatások az alapszükségletek (táplálkozás és létfeltételek) és nevelési szükségletei mellett, az identitás-kialakulás, és valahova tartozás, valamint a biztonság, elfogadás és elismerés szükségleteire irányultak. Ezek a kutatások felhívták a figyelmet a biológiai, valamint a nevelő- és örökbefogadó családok értékelésének szükségességére a gyerekek számára biztosított – a szükségleteiknek megfelelő – körülményeket illetően, és ezáltal a nemzetközi törvények alapjául szolgáltak (Zigler, 1972; Bourque, 1982). A szociális helyzet hatása a gyermekek intellektuális fejlődésére fontos kérdés lett: a kutatások rámutattak, hogy a szegénység és a marginalizálódás nagymértékben összefügg az intellektuális képességek fejlődésének lemaradásával, az alacsony beiskolázottsággal és a viselkedészavarokkal.

A 80-as években, a jóléti társadalmakban, de nemzetközi szinten is egyre nagyobb figyelmet szenteltek a gyerekek jólétének és az ezt biztosító feltételek megteremtésének. Fejlődés állt elő a gyermekek elleni bántalmazással és az elhanyagolásukkal kapcsolatos adatok összegyűjtése terén, mind a nyugati, mind a fejlődésben lévő országokban. Felfigyeltek a hátrányos helyzetű gyermekekre, a súlyos szegénység és a háborúk gyermekáldozataira. Ugyanakkor, egyre erőteljesebben vetődött fel a nemzetközi összefogás szükségessége a gyermekek védelmében (Tomison, 2001).

A huszadik század végéhez közeledve, szakemberek, emberjogi aktivisták és kutatók a világ minden táján, egyre jobban felfigyeltek arra,

hogy számos gyermek nélkülöz és a családjában, iskolájában, közösségében, vagy gondozó intézetben rossz bánásmódok miatt szenved. Felnőtté válásuk során, egyesek saját maguk, mások szülei, rokonai vagy közösségük segítségével sikerrel tudnak gyerekkoruk nehézségeivel megküzdeni, de sokuk életpályájára viszont életkörülményeik súlyosan rányomják bélyegüket (van der Kolk, 1996).

A gyerekek jogai

A modern társadalmak különböző korszakokban sajátos módokon törekedtek és törekednek arra, hogy segítséget nyújtsanak a problémás családokban élő gyermekeknek. Ezek a törekvések az illető ország által biztosított szolgáltatásokban fejeződnek ki, melyek családlátogatás, támogatás, gyerekekkel való foglalkozás, tanácsadás, szociális segély és egyéb formákat ölthetnek, és amelyeket az állami szervezetek, ezek képviselői vagy a civilszféra (nonprofit szervezetek) nyújtanak a gyermekeknek és/vagy a szüleiknek. A közös alap, amelyre az utóbbi évtizedben a gyermekvédelem épült a Gyermek Jogainak Nemzetközi Egyezménye⁴, amelyet 1989-ben minden ENSZ-tagállam aláírt, 1990-ben a román parlament is jóváhagyott és ezáltal számos más országhoz hasonlóan, Románia törvénykezésébe is beépült. Eszerint, a gyermekvédelmi tevékenységnek sajátossága, hogy *a gyermek érdekeit tekinti elsődlegesnek, és előírja, hogy minden olyan ügyben, ahol a gyerekek sorsáról tárgyalnak, a döntéshozatal a gyerekek jólétének szempontját kell figyelemmel kísérje, és ennek megfelelően döntsön.* Az ENSZ által 1989-ben elfogadott Gyermek Jogok Nemzetközi Egyezménye előírja, hogy „a szociális védelem köz- és magánintézményei, a bíróságok, a közigazgatási hatóságok és a törvényhozó szervek minden, a gyermeket érintő döntésükben elsősorban a gyermek mindenképp felett álló *érdekét veszik figyelembe.*”⁵ A gyerekek jogainak

⁴ Az ENSZ által New York, 1989. november 20-án elfogadott, A gyermekek jogairól szóló egyezményt Románia parlamentje 1991-ben, Magyarorszáé 1990-ben hagyta jóvá.

⁵ Lásd a gyermek jogairól szóló egyezmény szövegét Szilvási Léna (szerk.) Gyermek – család – társadalom (Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület. Szociális Munka Gyakorlata sorozat, Budapest 1996, melléklet, 302 o.

elismerése és a tény, hogy az erről szóló egyezményt a világ minden állama aláírta (az Egyesült Államokat kivéve, amelyek csak részben hagyták jóvá az egyezményt), világszerte gyökeresen megváltoztatta a gyermekvédelmet. A jogalapú szemlélet szerint a nehéz helyzetben lévő egyes gyermekek esetében nem a karitatív szemléletre, hanem a segítséghez való jogra tevődött a hangsúly, valamint a gyermekvédelmi szakellátórendszer kötelességére, hogy hatékony, tényleges segítséget nyújtson a gyermekek biztonságának és jólétének biztosítása érdekében.

Az ENSZ (2002) 27ik rendkívüli gyűlésén, amely a gyermekek helyzetét tárgyalta, első alkalommal maguk a gyermekek is részt vehettek. És elmondhatták véleményüket a saját helyzetükről. A 400 résztvevő gyermek nyilatkozatban fejezte ki elképzelését és elvárásait a társadalom iránt. A konferencia végén ezt felolvasták a világ vezetői előtt:

A világ gyermekei vagyunk.

Kizsákmányolás és visszaélés áldozatai vagyunk.

Az utcán élünk.

Háborús zónában élünk.

A HIV-AIDS áldozatai vagyunk.

Nincsen részünk oktatásban és megfelelő egészségügyi ellátásban.

Szenvedünk a szociális, etnikai, vallási stb. diszkrimináció következményeitől.

Mi vagyunk azok, akiket nem hallgatnak meg, pedig itt lenne az idő, hogy ránk figyeljenek.

Szeretnénk egy számunkra megfelelő világban élni, mert az világ, amely a gyermekek számára jó, mindenkinek jó.

Abban a világban, amelyet mi elképzelünk, a gyermekek jogait valóban tiszteletben tartják.

A gyermekek biztonságban élhetnek családjukban, közösségükben, nemzetükben, védelmet nyújtó és tiszta környezetben.

Ott nincs többé kizsákmányolás, visszaélés, erőszak.

Ott a törvény, amelyet mindenki tiszteletben tart, megvédi a gyermekeket a rossz bánásmódtól.

Ott speciális programok és központok segítenek a gyermekáldozatoknak helyrehozni az életüket.

Az a mód, ahogy egy társadalom a gyermekjogokat alkalmazza, bizonyítja a jövő generációval szembeni elkötelezettségét és felelősségérzetét (WGSD, 2014; UNICEF, 2015).

A gyermekvédelmi rendszer

A gyerekek számos okból kerülhetnek a gyermekvédelem figyelmébe: a szülők nem nyújtanak számukra megfelelő gondoskodást, a gyerekek speciális nevelési szükségletei vannak, esetleg valamilyen betegségben szenved, egyes családok élethelyzete ideiglenesen elbizonytalanodik és képtelenek gondoskodni gyerekeikről, és a gyereket a családjában, vagy a családján kívül, bántalmazás éri. Ebben a munkában a gyermekvédelemre szakosodott szociális munkásnak a modern társadalmakban általában központi szerepe van, de ugyancsak szükség van az orvosok, a pszichológusok, gyógypedagógusok és terapeuták szakértelmére, hiszen a gyerekek bántalmazása, elhanyagolása, vagy akár a szegénység személyiségük egészét érinti, és súlyos következményekkel járhat mind a lelki, mind a testi egészségre. A gyermekek jólétével való törődés nem egyetlen szakember dolga, hanem egy *multidiszciplináris szakembercsoporté*. A gyermekvédelem gyakorlata specifikus eljárásokat feltételez, amely magában foglalja nemcsak magának a gyermeknek, hanem a családnak a védelmét, támogatását és a tanácsadást, a cél ugyanis megelőzni a gyerekek szüleiktől való elválasztását. Szegénység miatt veszélyeztetett gyerekeknek szociálpolitikai intézkedésekre is szükségük van, amely javíthatja az életkörülményeiket és elősegíti a család fennmaradását. Viszont akkor, amikor a szülőknek a nevelési eszközök kiválasztásában vannak nehézségeik, és erőszakos nevelési módszerekkel élnek, illetve érzelmileg, vagy akár szexuálisan bántalmazzák gyerekeiket, illetve elhanyagolják őket, akkor a törvényes gyermekvédelmi eljárások betartásával kell a szakembereknek beavatkozni. Ez nem jelenti azt, hogy a gyerekeket feltétlenül ki kellene emelni a családból, sőt, ellenkezőleg, a törvényes beavatkozás a családoknak nyújtott rendszeres tanácsadást, felkészítést, és támogatást jelenti. Erre számos eljárást dolgoztak ki, a szakembereknek ezek közül kell válogatniuk olyant, amelyik az eddigi tapasztalatok vagy kutatási adatok szerint hatékonyak bizonyult.

J. Thoburn (1997) úgy határozza meg a gyermek jóléte érdekében létrehozott *gyermekvédelmi rendszert*, mint az állam által nyújtott

szolgáltatások rendszerét, amelynek segítségével a gyermekeknek anyagi, orvosi, nevelési és biztonsági támaszt biztosítunk. A gyermekvédelem fogalma tág értelemben a jólét biztosítását, vagyis minden gyermek fejlődése, egészségének megőrzése, nevelése és védelme feltételeinek megteremtésére kötelezi az államokat. A szűkebb meghatározás értelmében, a gyermekvédelem speciális rendszer, amelynek célja, hogy a jogfosztott, hátrányos és veszélyeztetett helyzetű gyermeknek nyújtson segítséget. Thoburn elhatárolja a gyermekvédelem tágabb értelmezését – amely a gyerekek összességét illeti, mint jogokkal rendelkező állampolgárok – a szűkebb értelmezéstől, amely a segélynyújtást a védelmezésre szoruló gyerekek számára tartja fenn. Mivel a mindkét értelmezésben szerepel a jog betartása, illetve a jogfosztás, veszélyeztetettség megelőzése, a két értelmezés találkozik, és a gyerekeknek nyújtott jogvédelem és szolgáltatások skálája egyre tágul. Tehát, szerintünk, a két felfogás között a feloldást a gyermekek jogaiból való kiindulás jelenti. Ezek betartása felveti mind az általánosan érvényes jogoknak megfelelő intézményrendszereket: jól felszerelt és ellátott egészségügyi intézményeket és magasan képzett orvosi ellátáshoz való jogot minden gyereknek; a minőségi oktatáshoz és tanuláshoz való jogot, azaz a képzett oktatókkal és nevelőkkel rendelkező, befogadó (azaz inkluzív) óvodák és iskolák fenntartását városon és falun egyaránt, valamint a kisebbségi, pl. roma, migráns, tanulási nehézségekkel, illetve más fogyatékossággal küzdő gyerekek számára; olyan szolgáltatások létesítését és fenntartását, amelyek minden gyerek beilleszkedését elősegítik; a bántalmazás megelőzésére, megválaszolására és kezelésére alkalmas, multidiszciplináris szakember csoporttal rendelkező, gyermekvédő és igazságszolgáltatási intézményrendszert.

A gyermekvédelmi rendszer a következő *kategóriákat tartja leginkább hátrányos helyzetűnek* (European Commission, 2011; European Commission, 2013a):

- rossz bánásmódnak, azaz erőszaknak, elhanyagolásnak, vagy kizsákmányolásnak kitett gyerekek;
- biológiai szüleiktől átmenetileg, hosszú távon, vagy véglegesen elszakadt/elválasztott gyerekek, illetve családi elhelyezésben vagy örökbefogadásban részesülő gyerekek;

- speciális szükségletű gyerekek (fejlődési zavarok, fizikai fogyatékoság, tanulási nehézségek és zavarok, született drogfüggés, AIDS és más krónikus betegségekben szenvedők), akik mindannyian sajátos bánásmódot és védelmet igényelnek;
- szegény családból vagy kisebbségi közösségből származó hátrányos helyzetű gyermekek, különös figyelemmel a roma gyerekekre;
- árva gyermekek;
- természeti katasztrófáknak, háborúnak vagy más katasztrófának kitett gyerekek
- családjukkal vagy magányosan bevándorló gyerekek;
- bármilyen más okból, fizikai vagy lelki egészségük szempontjából veszélyeztetett gyerekek.

A gyermek jóléte és jogainak érvényesítése érdekében kialakított specifikus szolgáltatásrendszer tanácsadó központokból, gondozóintézetekből, örökbefogadói és nevelőszülői szolgáltatásokból, rossz bánásmódokat vizsgáló, gyerekelhelyező, illetve családsegítő központokból, terápiás és rehabilitációs központokból, nappali foglalkoztatókból és éjjeli menedékhelyekből stb. áll. Ezek egészítik ki a minden gyermek számára nyújtott általános szolgáltatások rendszerét: általános oktatás, orvosi ellátás, valamint általános szociálpolitikai juttatások (például gyermekpénz, stb.).

A 2024 júniusában a romániai Országos Gyermekvédelmi Hatóság adatai alapján⁶, 9954 gyereket gondoztak gyermekvédelmi intézetekben, 27312 gyereket gondoznak nevelőszülőknél, valamint 58245 gyerek részesül megelőző közszolgáltatásokban, mint például nappali központok gyerekek számára, tanácsadói központok, gyerekek és családtagjaik számára. Az állami gyermekvédelmi apparátusban és szolgáltatásokban dolgozók száma 27857 volt, ezekhez tevődnek hozzá a civilszférában dolgozó gyermekvédelmi szakemberek.

Kötetünkben, a gyermekvédelem kiindulópontjaként a már említett Gyermekjogi Egyezményt tekintjük, ami az Európai Unió országok törvényeinek fő alapozó pillére, hiszen a gyermekjogokat mint alapvető

⁶ A romániai gyermekvédelem által gondozott gyerekekre vonatkozó adatait az Országos Gyermekvédelmi Hatóság internet oldalán minden három hónapban felujjítyák <https://copii.gov.ro/1/date-statistice-copii-si-adoptii/>

emberi jogokat tárgyalja: a gyermekeknek emberi méltóság és tisztelet, gondozás és védelem, fejlődési lehetőség, tisztelet, részvételi lehetőség és egyenlő bánásmód (non-diszkrimináció) jár (Brandon et al., 1998; European Commission, 2013b; European Commission, 2014; Daly et al., 2015), senkinek sem szabad korukból, avagy fizikai és szellemi képességeikből fakadó hátrányos helyzetükkel visszaélnie. Az általunk ajánlott vizsgálati és beavatkozási módszerek más hátrányos helyzetben levő gyermekcsoportnál is alkalmazhatóak (például fogyatékos gyermekeknél, árvaházi gyermekek esetében stb.). Ugyanakkor mi is hangsúlyozzuk, hogy a gyermekvédelmi rendszer nem hagyhatja figyelmen kívül a prevenciós tevékenységeket olyan gyermekcsoportok esetében, ahol a rizikófaktorok jelen vannak. Ebben az értelemben különbséget lehet tenni a gyermekvédelmi rendszer két szerepköre között: 1. szolgáltatások biztosítása a speciális igényekkel rendelkező, vagy hátrányos helyzetben lévő gyermekek számára, és 2. a szociálpolitika befolyásolása, annak érdekében, hogy minél szélesebb rétegeket érjen el a gyermekek helyzetének és életkörülményeinek javítása és szükségleteik biztosítása (L. Costin és mtsai, 1991, European Commission, 2014). A gyermekvédelmi rendszeren belüli szolgáltatásokat több kategóriába lehet besorolni: 1. szolgáltatások, amelyeket a felnőtt családtagoknak nyújtnak, segítségként gyereknevelési és gondozási nehézségeik esetén, a családban, vagy a családon kívül; 2. szolgáltatások, amelyek helyettesítik a szülők feladatkörét. Az első kategóriába a szociális munkások és más szakemberek azon tevékenysége tartozik, amely támaszt nyújt a családjukban élő gyermekek szüleiknek és gondozóiknak az erőszakmentes, pozitív nevelési módszerek gyakorlásában, alkalmazásában. Ilyen segítő tevékenységre akkor is sor kerülhet, ha a szülők nem igénylik ezt, de a (gyermekvédelmi) hatóságok szükségesnek tartják annak érdekében, hogy megelőzzék a gyermeknek a bántalmazását, illetve az emiatti családból való kiemelését. Ezekben belül, külön figyelmet igényelnek azok a szakszolgáltatások, amelyek rehabilitációt vagy terápiát biztosítanak a gyerek vagy hozzátartozói számára, és amelyek a családot mint egészt, mint rendszert kezelik, és működését elősegítik. A második kategória magában foglalja azokat a lehetőségeket, amelyeket a gyermekvédelmi

rendszer alkalmazhat olyan gyermekek esetében, akiket hosszú távon vagy ideiglenesen ki kell emelni saját otthonukból.

Ha a szolgáltatások ilyen rendszerében gondolkozunk, felvethetjük a kérdést, hogy hogyan lehet azokat a helyzetmutatókat megfogalmazni, amelyek feljogosíthatják a szakembereket, hogy beavatkozzanak egy család életébe. Hogyan kerülhetjük el a kétségeket, hogyan tarthatjuk szem előtt, hogy a beavatkozás a gyerekek jólétét hivatott biztosítani, még ha ennek érdekében, a szülők vagy más hozzátartozók jogait korlátozzuk is. Az is felvethető, hogy a megelőző vagy rehabilitáló szolgáltatástípushoz milyen helyzetekben kell folyamodnunk? Melyik a legmegfelelőbb pillanat a beavatkozásra? Elegendő-e csak nagyon kritikus helyzetben beavatkozni, és ha nem, akkor mennyire lehet előrelátni a családi, pontosabban az erőszakkal kapcsolatos helyzet kimenetelét. Szükséges-e, hogy minden hátrányos vagy nehéz helyzetben lévő gyermek esetében beavatkozzunk, illetve milyen helyzetekben és garanciák mellett várhatjuk ki azt, hogy maguk a szülők találják meg a családi és kulturális szempontból nekik legmegfelelőbb megoldást? Álláspontunk egyezik Costin és munkatársai (1991) véleményével, mely szerint ahhoz, hogy ezek a szolgáltatások céljukat teljesíteni tudják, szükség van egyrészt *terapeutikus jellegű*, másrészt *prevenciós jellegű beavatkozásokra*.

Más felfogásban, a gyermekvédelmi szolgáltatások megoszlának aszerint, hogy mi a szerepük a döntéshozatal és segítségnyújtás folyamatában. Eszerint létezhetnek:

- *kivizsgáló*, a rossz bánásmódot felmérő szolgáltatások, amelyeknek feladata kivizsgálni a gyermek veszélyeztetettségének vagy hátrányának fokát, meghallgatni a gyermeket és az őt körülvevő, támogató vagy potenciálisan bántalmazó személyeket, valamint támogatni a családi és közösségi kötelekeit;
- *döntéshozói szolgáltatások* (bizottságok, csoportok, tanácsok, törvényszékek), amelyek esetenként szakemberek, családtagok, közösségi képviselők és helyhatóságok részvételével a létező információkat mérlegelik, döntést hoznak és vállalják a gyermek helyzetének követését;

- elhelyező központok, nevelőszülői rendszer, örökbefogadási szolgáltatások;
- családok és gyermekek számára kialakított *támogató és terápiás hálózat*. Ezeknek a szolgáltatásoknak a hatékonysága nemcsak a szakemberek kompetenciájától függ, hanem attól is, hogy a közösség hogyan vélekedik az ilyen típusú szolgáltatásokról, mennyire ismeri szerepüket és tekinti őket megbélyegzőnek vagy mindenki számára nyitott közösségi szolgáltatásnak.

Egy ilyen szociális szolgálathálózat ésszerű működése olyan törvényrendszert feltételez, amely a társadalom számos területének együttes tevékenységét hivatott szabályozni. Egy gyerek és családja életébe történő beavatkozás nem szorítkozhat a gyermekvédelmi szolgáltatások alkalmazására, hanem egészségügyi, törvényszéki, rendőrségi, nevelési intézmények együttműködését is feltételezi.

A gyermekvédelem specifikus dilemmái

Ma, a harmadik évezred első századának, első negyedében, több tízmillió gyermek él és nő fel a világ különböző sarkában olyan gazdasági, szociális és pszichológiai körülmények között, amelyek veszélyeztetik, illetve késleltetik a fejlődését. A családok több országban háborúknak vannak kitéve és gyerekek tízezrei válnak háborúk áldozataivá. Szülők számtalan esetben szociális stressznek vannak kitéve, amellyel többé vagy kevésbé sikerül megbirkózniuk, attól függően, hogy mennyire rendelkeznek azzal a képességgel, hogy nehézségeikkel szembe tudjanak nézni. Egyes szülők különböző okokból lemondanak nevelői szerepükről, vagy pedig maguk is olyan viselkedési módokat alakítanak ki, amelyek a gyermek pszichikai és fizikai egészségét veszélyeztetik. E könyv egyik célja éppen ezekre az esetekre vonatkozó problematika, tipológia és beavatkozási lehetőségek vizsgálata.

Egyik felvethető kérdés, hogy kiknek és milyen mértékben tulajdoníthatók a gyermekbántalmazási jelenségek: elszigetelten ható egyéni tényezők vagy tágabb társadalmi jelenségek, a kontextus vagy a társadalmi stressz eredményei? S. Brissett-Chapman (1995, 357.old) szerint: „kinek a felelőssége a szegénységnek, társadalmi közömbösségnek és izolációnak a leküzdése? [...] az elhanyagolás következménye-e a szegénységnek, és milyen

magatartást kell tanúsítani az ilyen családokban nevelkedő gyermekek érdekében? [...] mi a kapcsolat a bántalmazás és elhanyagolás között?”.

Ha a szülők részéről megnyilvánuló rossz bánásmódról van szó, akkor a szakember beavatkozásának dilemmája a szülők és a gyermekek jogai közti ellentmondásban gyökerezik. A felnőtt családtagok szabadsága, hogy maguk döntsenek saját életvitelükről és gyermeknevelési módszereikről, ellentétben állhat a szakember kötelességével, hogy közbelépjen a gyermek érdekében. Az ilyen típusú kétely a világon minden gyermekvédelmi rendszerre jellemző. Országtól, illetve rendszertől függően különbözhet a dilemmák tudatosítási szintje és a létező szabályozások, amelyek a gyakorlati gyermekvédelmi munkát irányítják. Habár nemzetközi szinten a gyermekvédelmi rendszerek egyre jobban behatároltak a törvények és szabályok révén, úgy tűnik, hogy ezzel egyidejűleg ezek a rendszerek a szakma dilemmái szempontjából egyre vitatottabbak. Egyesek szemrehányást tesznek a gyermekvédelmi hatóságoknak, hogy túl gyorsan hozzák meg azt a döntést, hogy kiemelik a gyermeket egy olyan családból, ahol fennáll az esélye a gyermekbántalmazásnak, és ezzel inkább az ellenőrző, mint a támogató szerepüknek tesznek eleget. Mások, épp ellenkezőleg, a szociális munkások döntésének nehézségét vagy a beavatkozás hiányát kritizálják, amely a gyerekek számára súlyos, néha végzetes következményekkel járhat (Révész, 2015). Bizonyítékkal szolgálnak az olyan tragikus esetek, amikor a hatóság felügyeletére bízott gyermekek meghaltak a nevelőjük alkalmazta erőszak következtében, mivel a szociális munkások bizalommal voltak a nevelők iránt, és jóváhagyták a gyermek családban maradását. A gyermekvédelemmel foglalkozó szakemberek felelőssége annál nagyobb, minél nagyobb a döntési lehetőségük, illetve a törvényszékre vagy a döntési szervekre gyakorolt befolyásuk. R. Harris (1989) olyan kutatásokat sorol fel, amelyek bizonyítják, hogy a bírók előtt nagy hitelük van a szociális munkások beszámolóinak, és döntéseiket ezek gyermekvédelmi jelentéseiktől és ajánlásaiktól teszik függővé. Megfigyeléseiből úgy látszott, hogy a hatóságok óvakodnak kétségbe vonni a gyermekvédelemmel foglalkozó személyek szakmai kompetenciáját. Véleménye szerint, a múlt század végén, a szociális munkások egy hiányosan meghatározott és szabályozatlan harctéren (ill defined battle

zone) cselekedtek, ahol az állampolgár szülők autonómiája és az állam hatalma ütköztek. Ez a konfrontáció máig jellemző a gyermekvédelemre és az ezzel kapcsolatos igazságszolgáltatásra, de mára a gyermekvédelem egy másik veszélye is felmerül, a felülszabályozása a gyermekvédelemnek (Broadhurst et al. 2010; Evans & Harris, 2004). Az egyik lehetséges álláspont szerint az állam beavatkozhat, hogy megbüntesse a gyermekek ellen elkövetett bűntetteket, ha ezek bizonyíthatók. A második álláspont szerint az államnak inkább megelőző szerepe van; célja, hogy a későbbi gyermeknevelési és gondozási kudarcokat megelőzze, és a szülői felelősséget megerősítse. Ebben az esetben a beavatkozás típusa kevésbé megbízható mutatókon alapszik, és nem célja, hogy valakit megbüntessen, és bűnösségét igazolja. A prevenció álláspont szerint, a gyermekvédelem szakemberei nem várhatják meg, hogy a gyerekek erőszakos cselekedetek áldozatai legyenek. Céljuk megelőzni az erőszakot, és a rendelkezésükre álló lehetőségek közül kiválasztani azt, amelyik a leghatásosabban szolgálja a gyermek érdekeit.

A gyermekvédelemmel kapcsolatos dilemmák a gyerekek megfelelő táplálkozásához, lakáskörülményeihez, nevelési lehetőségeihez, egészségügyi gondozásához – egyszóval jólétéhez – kapcsolódnak (Brandon, et al., 1998). Bár ezt a jogot senki sem vitatja, globális volta miatt meghatározhatatlan és a gyakorlatban kivitelezhetetlen, hiszen a világ gyermekei nagyon különböző életkörülmények között élnek, és milliók nyomorognak. Ezért a gyermekvédelemben, akárcsak az emberi jogok más területén is, a jogoknak és az életkörülményeknek egységet kell alkotniuk. Ennek keretében kell a szülőknek és a gyermekvédelmi szakembereknek a lehető legjobb lehetőségeket biztosítaniuk.

A gyermekvédelem alapgondolata és küldetése a veszélyeztetettség meghatározását követeli meg. A bántalmazás, elhanyagolás vagy kizsákmányolás meghatározása ugyancsak nehéz feladat akkor, amikor elfogadjuk a nevelés és gondozás kulturális beágyazottságát. Az eddigi meghatározások a *méltányos* (*reasonable*, az angol Children act – 1989 – elnevezésű törvény szerint) gondozástól való eltérést nevezik bántalmazónak, de belátják, hogy gyakoriak azok az esetek, amelyekben a beavatkozás jogosságát nehezen lehet meghatározni.

Ha a gyerekek szempontjából is megvizsgáljuk a jogokon alapuló gyermekvédelmet, akkor újabb dilemmák merülnek fel: a gyermek tájékoztatáshoz, társadalmi részvételhez és döntéshez való joga ütközhet szülei vagy a hatóságok védelmezési törekvéseivel. Ha a gyermeket felnőttként kezeljük jogai gyakorlásának tekintetében, és tiszteletben tartjuk döntéseit saját sorsát illetően, akkor esetleg érdekei elleni döntéseket hozhat. Ezért végig kell gondolni a gyermekvédelmi döntések következményeit, és nem lehet ebben a bonyolult folyamatban a gyermekeket magukra hagyni, hogy önállóan döntsenek, akkor sem, ha koruk ezt megengedné. Ugyanakkor nem lehet a gyerekeket a döntésekből kihagyni életkorukra való hivatkozással.

A gyermekbántalmazás jéghegye és a láthatatlan gyerekek

A családban és a közösségekben előforduló gyermekbántalmazásra vonatkozó adatok világszerte elkeserítőek. Ezek azonban csak a jéghegy látható csúcsát mutatják, a valós helyzet átláthatatlan, mert a társadalom nehezebben megközelíthető rétegeiről kevés információval rendelkezünk. A bántalmazott gyermekek többségének a helyzete ismeretlen mások számára, mert a gyerekeknek esetleg nincs kinek elmondaniuk, vagy nem szívesen mondják el, hogy szeretteik bántalmaztak őket, hiszen az ő számukra ennek csak úgy van logikája, ha ők, a gyerekek rosszak, tehát nem méltóak a szüleik szeretetére. A *jéghegy* legalján, tehát, az összes, erőszakként felismert és ismeretlen eset helyezkedik el. Egy fokkal feljebb, de a szakszolgáltatások számára ugyancsak láthatatlanul, azok az esetek helyezkednek el, amelyek csak a legszűkebb családi, avagy baráti kör számára láthatóak. A következő szinten a közösségek tagjai által ismert esetek vannak, akikről szomszédjaik, ismerőseik tudják, hogy bántalmazást szenvednek, de mégse gondolják úgy, hogy bele kellene avatkozni a gyerekek és családjaik életében. Majd közel a felszínhez olyan gyerekek vannak, akikről egyes egészségügyi, nevelési, sport vagy más intézmények és szakemberek, közvetlen kapcsolataik által, felismerik a bántalmazás lehetőségét, de nem jelentik a gyermekvédelem

felé. A gyermekek elleni erőszak elterjedését a népességben *a prevalencia*⁷ fogalma jellemzi, ami az adott jelenségnek a gyermekpopulációban való jelenlétét képezi. Ez a fogalom az epidemiológia kutatásokból ered, és mivel a kutatások számára nem nyílik arra lehetőség, hogy a teljes szülő, avagy gyerek populációt átszűrjék, a megoszlási viszonyszám pontossága a minta nagyságától és reprezentativitásától függ. Például, a BECAN kutatásban, egy 5955 álló 11, 13, 16 éves gyerek mintának az 5.1% vallotta magát valamilyen formájú szexuális bántalmazás áldozatnak (Antal, et al., 2012). Ezzel szemben, a felmérés évében (2010-ben) regisztrált szexuális erőszak mindenkorú esetek száma országosan 667 volt, ami a kb 4 milliós gyermekpopulációhoz viszonyítva sokkal kisebb arány (0,016% incidencia). Ezek az adatok azt mutatják, hogy a gyermekvédelem számára csak a jéghegy csúcsa, látható. A közösségekből, rokonoktól, ismerősöktől, tanároktól, vagy maguktól a gyerekektől származó szexuális gyermekbántalmazási bejelentések felszínre hozzák a súlyos eseteket, de elhallgatják vagy elkerülik ezek egy részét. A bejelentett esetek képezik az *incidenciát*, avagy a gyermekek bántalmazásának intenzitási viszonyszám mutatóját (Ádány, 2011).

Azokat a gyerekeket, akiknek a nehézségeik, traumáik ismeretlenek maradnak a szakemberek és szakszolgáltatások számára, a Romániai UNICEF láthatatlan gyerekeknek nevez (UNICEF, 2014; UNICEF, 2015; Stănculescu, 2011). Nyolc Romániai megye gyermekpopulációja helyzetének felülvizsgálata nyomán, az UNICEF romániai kirendeltsége, a Gyermekvédelmi hatósággal karöltve olyan beavatkozást hozott létre, ami által községekbe szociális dolgozót foglalkoztatnak, akinek szerepe az alacsony jövedelmű, vagy más okokból nehéz helyzetű családokat támogatni, a gyerekek beiskoláztatását és orvosi ellátását elősegíteni (Stănculescu, 2011; UNICEF, 2019). A szükséges dokumentumok megszerzése mellett, a gyermekek, akik vágytak az addig elveszett gyermekkorukra, iskolába jártak és haladtak tanulmányaikban, orvoshoz jutottak, ha megbetegedtek, szüleik segítséget kaptak szerepeik jobb

⁷ A prevalencia kiszámolása: rész (cél)populáció százaléka az egész populációban; az intenzitási viszonyszám kiszámolása: egy adott időszakban regisztrált részpopuláció aránya az abban az időben regisztrált populációban (lásd Ádány, R, 2011).

ellátásához. Az eljárás, ami a Minimális Szolgáltatási Csomag elnevezést kapta, egy törvényhatározat következtében a Szociális Munka 297/211 törvényét egészíti ki.⁸

A gyermekvédelem alapelvei

A következőkben felsorolt gyermekvédelmi elvek, az 1989-es Nemzetközi Egyezményre, illetve az annak keretében megfogalmazott, a gyermek érdekeinek elsődlegességére vonatkozó alapelvhez kapcsolódnak.

A gyermek sorsába való beavatkozás feltételezi a gyermek, mint *személyiség* elfogadásának elvét, szükségletei, képességei, törekvései és személyiségvonásai összességével. Ezeknek a szükségleteknek a kielégítése a gyermek környezetében élő, és számára jelentős személyektől, valamint a társadalom által létrehozott orvosi, nevelői, szociális (támogató), biztonsági, szolgáltatásoktól függ.

A „szociális-ökológiai”, azaz *rendszer szemléletű megközelítés* (Edberg és mtsai, 2107) a gyermek fejlődésének sokrétűségére vonatkozik, előtérbe helyezve a gyermekek, szüleik, családjuk, barátaik és közösségük, illetve a tágabb értelemben vett társadalmi környezetük közötti kapcsolatokat. J. Belsky és Pluess (2009) szerint a segítő tevékenység a személy és a környezet közötti kapcsolatok javítására irányul, amelynek kettős célja van: egyrészt az egyed alkalmazkodó képességének javítása; másrészt a társadalmi környezet megváltoztatása az illető környezetben élő egyén javára. Ez a megközelítés a gyermek helyzetét és szükségleteit a család kulturális és társadalmi környezete szempontjából vizsgálja. A gyermek fejlődésével, a bántalmazással és elhanyagolással kapcsolatos kérdéseket a család problémáinak összességében kell a szakembereknek megvizsgálnia, és e rendszer bármely komponensén történjék is a beavatkozás, a rendszer egészét kell figyelembe venni, valamint e rendszer hatását a gyermekekre.

A *kliens kompetenciájának perspektívája* a gyermek és a család képességeire helyezi a hangsúlyt. A veszélyben levő gyermekkel folytatott

⁸ 2020-ban a parlament elfogadta a Minimális Szolgáltatási Csomag UNICEF és Gyermekvédelmi hatóság javaslatát, <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/232658>

tevékenységhez szükséges a szülők erőforrásainak, a családtagoknak és az őket támogatók lehetőségeinek a feltárása. Ez a nézőpont azt is jelenti, hogy a kliens-gyermekek bevonjuk minden olyan döntés meghozatalába, amely őt célozza, meghallgatva kívánságait és érveit, és tiszteletbe tartva érzéseit. Ez az elv a szülőkre is vonatkozik, őket is be kell vonni a döntésekbe, és világossá kell tenni számukra, hogy ezek milyen mértékben függnék tőlük. A szülők többnyire gyermekeik legjobb ismerői, és ha sikerül együttműködésüket megnyerni a gyerek helyzetének javítása érdekében, a meglévő készségeikből és a gyerek iránti legjobb érzéseikből kiindulva, lehetőség van a szülői kommunikáció és irányítás fejlesztésére. Az utóbbi két évtizedben egyre jobban elterjedt az a felfogás, hogy a gyermekvédelmi rendszerek a szülőkkel *partneri kapcsolatban* működnek, és nem a szülők ellen dolgoznak. J. Aldgate (1997) szerint a szociális munkásnak és a szülőnek közös „napirendet” kell kialakítaniuk, amelyben együtt fogalmazzák meg céljaikat és megoldják a család problémáit. A közös munka a gyermek jólétét célozza: a gyermek felsőbbrendű érdeke a beavatkozás lényege.

A perspektivikus, avagy távlati tervezés elve: a vizsgálat és a beavatkozás hosszútávú céljának figyelembevételére, és többértű koordinációra vonatkozik. Ez elv alapján, a gyermekvédelmi beavatkozás esetében, közeli céljaink kitűzésekor ne felejtkezzünk meg a távlati célokról, azaz a szociális inklúzió fontosságáról, amihez a stabilitás, a családi, vagy családszerű támasz, a barátokkal való hosszútávú kapcsolat, valamint a kötődés, de ugyanakkor az autonómia képességének kialakítása is egyaránt lényeges.

A fejlődés elve az élet különböző szintjein bekövetkező változások megértésére és elősegítésére vonatkozik. A szakaszos fejlődés elméletei (pl. a Piaget és Erikson által kidolgozott elméletek, lásd: Roth, Vincze, 2010) lehetővé teszik a minden életszakaszra vonatkozó feladatok és lehetséges krízisek megértését, a változás tényezőit, és a szülői képességek relativitásának megértését a fejlődés különböző szintjein.

A család szerepének elismerése a gyermek életében fontos elve a gyermekvédelemnek. Bár abból indulunk ki, hogy a biológiai család nem mindig tudja ellátni védő funkcióját, és számolni kell a lehetséges rizikótényezőkkel, a gyermekvédelem, mint szakterület tudja, hogy a család a gyermek életének a természetes közege. A biológiai, esetenként a nevelő,

vagy örökbefogadó család marad a központi egység, amelyben, ha beavatkozást tervezünk, a gyermek javára gondolunk. A gyermek és szülő közti ragaszkodás nagyon erős emocionális alap, a gyermeki én-identitás fejlődésének alapja – még abban az esetben is, ha ez a viszony feszült – és ezeket a kapcsolatokat, bármilyen bonyolultak, nem lehet figyelmen kívül hagyni. Ezért a gyermekvédelmi tevékenység egy része a család fenntartására, vagy, esetleg, a családi (szülők, rokonok, gondozók és gyerekek közötti) kapcsolatok visszaállítására irányul. Abban az esetben, ha egy gyermeket kiemelnek a családjából, meg kell teremteni a lehetőséget, hogy a lehető legszorosabb kapcsolatban maradjon azokkal a családtagokkal, akik fontosak számára. Ugyanakkor figyelmet kell szentelni a családdal végzett munkára, amelynek célja a gyermek családba való visszatérése lehetőségének a megteremtése.

Irodalomjegyzék

- Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1965). *Child Care and the Growth of Love*. London: Penguin Books
- Ádány, R., Kiss, I., Paulik E., Sándor J., Ungvári Z. (2023). *Megelőző orvostan és népegészségtan*, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2023. https://aok.unideb.hu/sites/default/files/inline-files/Megelozo_orvostan_2023%201.pdf
- Antal, I., Roth, M., Mezei, M., Dávid-Kacsó, A., Voicu, C., & Szász, R. (2012): The Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect (BECAN) in Romania, *Revista de Asistentă Socială*, Nr. 2, p. 51-64
- Belsky, J., & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. *Psychological bulletin*, 135(6), 885.
- Bowlby, J. (1951). Maternal Care and Mental Health, *Bulletin of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization. 3 (3): 355–533.
- Bourque, L. B. (1982). Applied Research in the 1970s: Can Anything Be Learned about Children?" *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 461, pp. 32–42. *JSTOR*, <http://www.jstor.org/stable/1043984>.
- Brandon, M., Schofield, & G. Trinder L. (1998). *Social work with children*, Houndsmills, Basingstokes, Palgrave.
- Broadhurst, K., Hall, C., Wastell, D., White, S., & Pitman, A. (2010). Risk, instrumentalism and the humane project in social work: Identifying the informal

- logics of risk management in children's statutory services. *Community Development Journal*, 40(4), 1046–1064
- Daly, A., Ruxton, S., & Schuurman, M. (2015). *Challenges to children's rights today: What do children think? A desktop study on children's views and priorities to inform the next Council of Europe Strategy for the Rights of the Child*, Council of Europe, [https://www.coe.int/t/dg3/children/decsenf/DECS-ENF\(2015\)03_Challenges_to_children's_rights_today.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/children/decsenf/DECS-ENF(2015)03_Challenges_to_children's_rights_today.pdf)
- Edberg, M., Shaikh, H., Rimal, R. N., Rassool, R., & Mthembu, M. (2017). Development of a communication strategy to reduce violence against children in South Africa: A social-ecological approach. *The African Journal of Information and Communication (AJIC)*, 20, 49-76.
- Erikson, E. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4: 56–121.
- European Commission. (2011). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: *An EU Agenda for the Rights of the Child*, Brussels.
- <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52011DC0060>
- European Commission (2023). *Communication from the commission to the european parliament, the council, the European economic and social committee and the committee of the regions Assessment report of the Member States' national Roma strategic frameworks* <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52023DC0007>
- European Commission (2013a). Commission Recommendation of 20.2.2013: *Investing in children: breaking the cycle of disadvantage*, http://ec.europa.eu/justice/fundamental-rights/files/c_2013_778_en.pdf
- European Commission (2013b). *Investing in children: breaking the cycle of disadvantage,,* <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=ro&newsId=2061&moreDocuments=yes&tableName=news>
- Evans, T. & Harris, J. (2004) Street-Level Bureaucracy, Social Work and the (Exaggerated) Death of Discretion, *The British Journal of Social Work*, Volume 34, Issue 6, September, Pages 871–895, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch106>
- Freud A. (1952). The role of bodily illness in the mental life of children. In: *Psychoanalytic Study of the child*; 7:69-81
- Freud A. (1947). *Infants Without Families · Reports on the Hampstead Nurseries 1939-1945*; written in collaboration with Dorothy Burlingham, The Writings Of Anna Freud In 8 Volumes, published by International Universities Press Inc (vol 3).

- Freud, A. (1946), *An Introduction to Psychoanalysis: Lectures for Child Analysts and Teachers 1922-1935*, THE WRITINGS OF ANNA FREUD In 8 Volumes, published by International Universities Press Inc (vol 1.).
- Harris, R. (1989). *Suffer the children: the family, the State, and the social worker*. Hull University Press.
- Hayes, Cheryl, John Palmer, and Martha Zaslow. Who Cares for America's Children: Child Care Policy for the 1990s, National Academy Press: Washington D.C., 1990.
- Head Start Bureau, Head Start Program Performance Standards, U.S. Department of Health and Human Services Publication # ACE 92— 31131, June 1992.
- Hebbeler, K. "An Old and a New Question on the Effects of Early Education for Children from Low Income Families," Educational Evaluation and Policy Analysis, 7, 207—216, 1985.
- Herczog, M. (szerk.) (2009). Kézikönyv a Gyermekjogi Egyezmény alkalmazásához. (A magyar kiadás rövidített változata a Hodkin, R. és Newell, P. által készített eredeti változat későbbi átdolgozásán alapszik.) Budapest, Család, Gyermek, Ifjúság Egyesület, 173.
- Hodgkin, R., Newell, P. (2009). Kézikönyv a gyermekjogi egyezmény alkalmazásához, Magyar fordítás, 570. <https://unicef.hu/wp-content/uploads/2014/10/Kézikönyv-a-gyermekjogi-egyezmény-alkalmazásához.pdf>
- Révész, M (2015). Előszó „A gyermekvédelmi alapellátás intézménytörténete Magyarországon – 3. részhez” *Párbeszéd: szociálmunka-folyóirat* Vol. 2., No. 4.1-4. <https://ojs.lib.unideb.hu/parbeszed/article/view/5822/5450>
- Roth, M, Vincze, A. (2010). *Bevezetés a fejlődéslélektanba*, Presa Universitara Clujeana, Cluj-Napoca.
- Spitz, R.A. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytical Study of the Child*, 2, 313-341.
- Stănculescu, M. S. , Marin, M (2011). *Sprijinirea copiilor invizibili. Raport de evaluare* (A láthatatlan gyerekek támogatása. Jelentés), UNICEF, Bucuresti.
- Tomison, A.M. (2001). A History of Child Protection, Back to the future. *Australian Institute of Family Studies. Family Matters*. No.60. Spring/Summer, p. 46-57. <https://search.informit.org/doi/pdf/10.3316/ielapa.745827033489610>
- Thoburn, J. (1997). The community child care team. In: M. Davies (Ed.), *The Blackwell companion to Social Work*, Oxford: Blackwell, 290–296.
- UNICEF (n.d.). MODULE 1: Understanding the social ecological model (SEM) and communication for development (C4D), <https://www.unicef.org>.

- UNICEF (2015). *A Post-2015 World Fit for Children A review of the Open Working Group Report on Sustainable Development Goals from a Child Rights Perspective*, UNICEF@.
- United Nations General Assembly (2002). A World Fit for Children. Resolution adopted by the General Assembly. <https://www.refworld.org/legal/resolution/unga/2002/en/14108>
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2014). *Hidden in Plain Sight A statistical analysis of violence against children*, UNICEF, New York, https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/VR-full-report_Final-LR-3_2_15_189.pdf
- van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 182–213). The Guilford Press.
- WGSD (2014). *Proposal for Sustainable Development Goals: Outcome of the United Nations General Assembly Open Working Group on Sustainable Development Goals*.
- Winnicott, D.W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *Int. J. Psycho-Analysis.*, 41:585-595.
- Zigler, E. F. (1972). Children's needs in the 70's: A federal perspective ¹. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1(3), 3–6. <https://doi.org/10.1080/15374417209532470>

2.

A GYERMEKEKKEL SZEMBENI ERŐSZAK FORMÁI

Antal Imola, Roth Mária, Dávid-Kacsó Ágnes

Meghatározások

Az erőszak egy sokoldalú társadalmi jelenség, amit különböző életkorú, nemű és fajú emberek követnek el embertársaik, népcsoportok, valamint állatok ellen. Az Egészségügyi Világszervezet szerint, az erőszak a fizikai erővel vagy hatalommal való fenyegetés vagy annak szándékos, tényleges alkalmazása önmagunk, egy másik személy, egy csoport vagy közösség ellen, amelynek az eredménye sérülés, halál, pszichikai sérülés, fejlődés visszamaradása vagy megvonás, vagy mindezek lehetősége. (WHO, 2002) Az erőszak tehát a testi sérüléshez vezető cselekményeken túlmutat. A következményei is széleskörűek lehetnek: halál vagy sebesülés, fertőző és nem fertőző betegségeket, pszichikai sérülést, viselkedészavarokat, önmagára vagy másokra nézve veszélyes magatartás, tanulási és munkavégzési alul teljesítést és törvénytörő cselekedetekbe való bekapcsolódást (WHO, 2002).

Figyelembe véve az Egészségügyi Világszervezet és más, gyerekvédelemmel foglalkozó szervezet (INSPIRE, 2016), illetve más szakembercsoportok (COST projekt, Cowley és mtsai, 2025) ajánlásait, a

gyerekekkel szembeni interperszonális erőszakot 3 nagy csoportba sorolhatjuk:

I. A rossz bánásmód

A rossz bánásmód (ideértve az erőszakos büntetést is) körébe tartozik a fizikai, szexuális és/vagy érzelmi bántalmazás, a gyerekek kizsákmányolása, kihasználása; a csecsemő, gyerek és kamasz elhanyagolása *a szülők, gondozók és más felelős személyek által*, leggyakrabban az otthon kereteiben, de intézményekben is, mint amilyen az iskola és a gyermekotthonok.

II. A kortárs erőszak

A *bullying/zaklatás* (beleértve az internetes zaklatást is) egy másik gyerek vagy gyerekek csoportja által tanúsított, nem kívánt magatartás, ahol az elkövetők a zaklatott gyerekek nem testvérei, illetve nincsenek romantikus kapcsolatban az áldozattal. Ismételt fizikai, pszichikai vagy szociális jellegű erőszakos viselkedést jelent, és gyakran az iskolában és más olyan helyen kerül rá sor, ahol a gyerekek gyülekeznek, illetve az online világban.

A *gyerekek és fiatalkorúak közötti erőszak* a 10–29 év közöttieket érinti, leggyakrabban közösségi alkalmakkor kerül rá sor ismerősök és idegenek között, fegyverrel (mint például lőfegyverrel és késsel) vagy fegyver nélkül végrehajtott fizikai támadást feltételez, és szervezett bűnözéssel társulhat.

A *párkapcsolati erőszak* a partner vagy a volt partner által elkövetett erőszakot jelenti. Rendszeresen fellép a gyerekkori és korai/kikényszerített házasságban élő lányok ellen. A romantikus kapcsolatban levő, de nem összeházasodott kamaszok közötti formáját nevezik még randi-erőszaknak is.

A kortársak közötti, nem párkapcsolatban megnyilvánuló *nemi erőszak* a következőket jelenti: nem kölcsönös beleegyezésen alapuló szexuális érintkezés elkövetése vagy megkísérlése; érintést nem feltételező, nem beleegyezésen alapuló szexuális jellegű cselekedet (mint a voyeurizmus vagy szexuális zaklatás); szexuális célú emberkereskedelem olyan személlyel szemben, aki nem képes ebbe beleegyezni vagy ezt elutasítani; valamint mindezek internetes változatai.

III. A strukturális erőszak

A társadalmi szintű erőszak a társadalomban fellelhető azon cselekvések, attitűdök és értékek összessége, melyek megakadályozzák a gyermek megfelelő fejlődését. A társadalmi szintű erőszak:

- a különböző társadalmi rétegek gyermekei számára elérhető nevelési vagy szakmai képzési formák egyenlőtlensége;
- bizonyos családok marginalizálása, aminek következtében fokozódik a rossz bánásmód (bántalmazás, elhanyagolás) kockázata;
- az erőszak térhódítása a társadalomban, amely kedvező körülményeket hoz létre a gyerekekkel szemben megnyilvánuló erőszak számára is;
- a testi fenyegetés törvényes betiltásának az elmaradása, amely elnézi a gyerekek elleni erőszakos viselkedést.

Az intézményi szinten megvalósuló strukturális erőszak arra vonatkozik, hogy bizonyos nevelési, egészségügyi intézmények és hatóságok diszkriminatív módon, vagy a gyermekek jogainak figyelmen kívül hagyásával működnek. Világszerte a szegény családok és a hátrányos helyzetű kisebbségek gyerekei azok, akik gyengébb minőségű iskolai képzésben vagy orvosi ellátásban részesülnek, és körükben gyakoribb az oktatási rendszer idő előtti elhagyása is. Az oktatási rendszerben alkalmazott viszonyulási módoknak fontos szerepük van a társadalmi mentalitás alakulásában a nevelési kérdésekben: ha tolerálják a testi fenyegetést az iskolákban, akkor a szülők számára is igazolást nyer annak használata a családon belül.

A rossz bánásmód

A *rossz bánásmód* fogalmát fokozatosan terjesztették ki a gyerekek fizikai bántalmazásáról a szexuális bántalmazásra, az érzelmi bántalmazásra és az elhanyagolásra. Bármilyen tevékenység vagy annak hiánya rossz bánásmódnak számít, ha a gyermek kárára van és kihasználja, hogy a gyermek képtelen magát megvédeni, nem tud segítséget kérni, nem tudja magát kiszolgáltatni és nem tud különbséget tenni a rossz és jó, a társadalmilag

elfogadott és elfogadhatatlan között. A gyermek pusztta léte, szükségleteinek kielégítése és fejlődése szüleitől, gondozóitól, nevelőktől, edzőktől, rendőröktől, és más szakemberektől függ. Ha igényeit – testi, érzelmi, szociális, nevelési, stb igényeit egyaránt – gondozói nem tudják, vagy nem akarják kielégíteni, nem képes magát megvédeni. Ezért a felnőtt korlátlan hatalmi pozícióba kerül a gondozásában levő gyermekkel szemben, és csak saját belátásán múlik, hogy ezt hogyan érvényesíti. Az elfogadott nevelési gyakorlat, vagyis a szülők viselkedése gyermekeikkel szemben szociális és kulturális tényezőktől függ.

A gyermek elleni rossz bánásmódok lehetnek fizikai, érzelmi, szexuális és egyéb jellegűek, és megvalósulhat aktív (cselekvő) és passzív (elhanyagoló) magatartással, családon belül, illetve családon kívül, különböző gondozók vagy szakemberek részéről (Beregnyei és mtsai, 2016). A rossz bánásmódok ezen meghatározása magában foglalja a gyerekek elleni szándékos erőszak számos formáját és a gondozási teendők elmaradását is.

A WHO (Egészségügyi Világszervezet: World Health Organization) meghatározása szerint: „A gyermek bántalmazása és elhanyagolása (rossz bánásmód) magában foglalja a fizikai és/vagy érzelmi rossz bánásmódot, a szexuális visszaélés, az elhanyagolás vagy hanyag bánásmód, a kereskedelmi vagy egyéb kizsákmányolás minden formáját, mely a gyermek egészségének, túlélésének, fejlődésének vagy méltóságának tényleges vagy potenciális sérelmét eredményezi egy olyan kapcsolat keretében, amely a felelősségen, bizalmon vagy hatalmon alapul. A gyermek bántalmazása és/vagy elhanyagolása (rossz bánásmód) lehet fizikai, érzelmi, szexuális és egyéb jellegű, és megvalósulhat aktív (cselekvő) és passzív (elhanyagoló) magatartással, a gyermeket rossz bánásmód érheti családon belül, illetve családon kívül. A gyermekbántalmazás azt jelenti, hogy valaki sérülést, fájdalmat okoz egy gyermeknek, vagy hogy a gyermek sérelmére elkövetett cselekményt – bár tud róla, vagy szemtanúja – nem akadályozza meg, illetve nem jelenti.” (WHO 1999, Beregnyei és mtsai, 2016).

A különböző bántalmazási módok súlyosságát Kempe (1985) (Révész nyomán, 2004) kontinuum modellje szemlélteti – lásd 1. táblázat.

1. táblázat. A bántalmazás különböző formáinak súlyossága Kempe kontinuum modellje szerint

A rossz bánásmód aktív formái		
Fizikai	Érzelmi vagy pszichológiai	Szexuális
– Csípés – megszorítás – lökdösés – rázás – sarokba szorítás – korlátozás – tárgyakkal dobálás – csonttörés – belső sérülés előidézése – orvosi kezelés megakadályozása – fegyverhasználat – megnyomorítás – elcsúfítás – megcsonkítás – megölés	– mellőzés – lealacsonyítás – visszafogott érzelmek – minimalizált viszonyulás – kigúnyolás – korlátozás – kiabálás, ordítózás – elszigetelés – inzultálás – vádolgatás – megalázás – a gyermek kedves tárgyainak tönkretétele – a gyermek normalitásának megkérdőjelezése – a gyermek kedvenc állatának megölésével való fenyegetés – elhagyással való fenyegetés – erőszakkal való fenyegetés	– szexuális tárgyként kezelés – szexuális szükségletek minimalizálása – a szexualitás kritizálása – rögeszmés féltékenységek – nem kívánt megérintés – a gyermek szexualizált megnevezése – a szexuális aktus követelése – levetkőzésre kényszerítés – promiszkuitás – szexuális aktus megfigyelésére való kényszerítés – nem kívánt szexuális cselekedetre való kényszerítés – veréssel kikényszerített szexuális aktus – fegyverrel szexuális aktusra való kényszerítés – sérülés a szexuális aktus során

Révész 2004, 57 old

A rossz bánásmód formái ritkán fordulnak elő önmagukban, adott esetben általában több is tetten érhető. Például, a fizikai bántalmazás gyakran társul érzelmivel, a szexuális bántalmazást pedig majdnem minden esetben érzelmi és esetenként fizikai bántalmazás kíséri. A különböző típusú bántalmazások elválasztása mégis indokolt, mivel a gyermek fejlődésére eltérő hatást fejtenek ki.

A rossz bánásmód súlyos formáihoz tartoznak hagyományosan a súlyos fizikai és érzelmi bántalmazás bármely felnőtt részéről, a súlyos elhanyagolás a szülők vagy gondozók részéről és a behatolás valamelyik formáját is magába foglaló szexuális bántalmazás bármely felnőtt vagy társ részéről. Annak eldöntése során, hogy a rossz bánásmód mennyire súlyos, ajánlatos figyelembe venni a gyermekvédelmi gyakorlatban használt fogalom-meghatározásokat.

A rossz bánásmód időtartama bizonyos fejlődési szakaszban meghatározó lehet a gyermek későbbi problémás viselkedése szempontjából, kihathat a következő fejlődési szakaszok lefolyására (Edwards és mtsai, 2003). Sok esetben a bántalmazás hatása csak évek múlva jelentkezik, amikor az életkori sajátosságok vagy a környezeti feltételek előhívják.

A gyermekek elleni erőszak formáinak gyakorisága a populációban

Az UNICEF 2017-es jelentése szerint közel 300 millió (4-ből 3) 2 és 4 év közötti gyereket fegyelmeznek erőszakos fegyelmezési módszerekkel; Világszerte 176 millió 5 év alatti gyermek (5-ből 1) anyja partnerkapcsolati erőszak áldozata. Világszerte közel 130 millió (3-ból 1) 13 és 15 év közötti serdülő iskolai erőszak áldozata. 2015-ben világszerte kb. 82,000 serdülő halt meg erőszak következtében.

A bántalmazás gyakoriságára vonatkozóan az adatok nagy változatosságot mutatnak. Moody és mtsai (2018) szerint a legtöbbet tanulmányozott bántalmazási forma a szexuális bántalmazás, metaanalitikus tanulmányukban prevalenciáját világszerte 20,4%-ra becsülték (13,2% és 33,6% között), az előfordulás esélye általában magasabb lányoknál, mint fiúknál. A fizikai bántalmazás medián gyakorisága Európában 12.0% (6.9% - 23.0%) lányok és 27.0% (7.0% to 43.0%) fiúk esetén, bizonyos kontinenseken pl. Afrikában nagyon magas 50.8% lányok (36.0% - 73.8%) és 60.2% (43.0% - 84.9%) fiúk esetén. Az érzelmi bántalmazás majdnem 2szer olyan magas lányok, mint fiúk esetén Észak-Amerikában (28.4% és 13.8%) és Európában (12.9% és 6.2%). Az elhanyagolás legmagasabb prevalencia-rátáit a szerzők szerint Dél-Amerikai kutatásokban mérték (a lányok 54,8%-a, a fiúk 56,7%-a esetén). Az északi országokban végzett kutatások alapján úgy a fizikai, mint a családban elkövetett szexuális bántalmazás gyakorisága csökkent, ugyanez nem mondható el a családon belüli erőszak tanúként való meg tapasztalásáról (Kloppen et al., 2015). Stoltenborgh és mtsai (2014) szerint a lányok több mint kétszer több szexuális bántalmazást tapasztalnak, mint a fiúk. Az utóbbi években közölt kutatási adatok alapján a legkiszolgáltatottabbak a

szexuális bántalmazásnak nem a nők, hanem a transz férfiak, transz nők és változó nemű személyek Finkelhor és mtsai (2024) a direkt és online formák gyakoriságát 31,6% -ra becsülték a nők esetében , 10,8%-ra férfiaknál és 41,3% - ra a többi nemnél.

Egy 2009-2011 között lefolytatott, a gyermekbántalmazás gyakoriságát kilenc balkáni ország gyerek és szülei populációjában, az 5., 7. és 10. osztályos tanulók körében felmérő kutatás adatainak megfelelően Romániában a fizikai bántalmazás gyakorisága 44,8% volt a gyermekek válaszainak megfelelően. Gyakoribb volt a fiúknál, mint a lányoknál (48 ill. 42,3%), és a leggyakoribb az 5. osztályosok körében volt (48,2%), amit a 7. osztályosok által jelentett gyakoriság 47,2%, a 10. osztályosok körében mért gyakoriság 39,6% követett (Antal és mtsai., 2012). Ugyanennek a kutatásnak a keretében a szexuális erőszak gyakorisága 4,8% volt a lányok és 5,5% a fiúk körében, nagy életkori eltéréseket mutatva: az ötödik osztályosok 3,5%-a számolt be szexuális erőszakról, míg a 10. osztályosok 7,4%-a. Az idézett kutatás során a megkérdezett gyerekek szülei is kitöltöttek egy gyerekekéhez hasonló kérdőívet, és fizikai bántalmazás szülők válaszai alapján mért gyakorisága nagyobb volt, mint a gyerekek kérdőívéből mért (47,8% szemben a gyerekek által jelentett 44,8%-kal). A szexuális erőszak azonban a szülők válaszai alapján kisebb gyakoriságot mutatott: 3%-ot a gyerekek által jelentett 5,1%-hoz képest.⁹ A Gyermekvédelmi Igazgatóság 2024-es kimutatásai szerint, 1280 (669 fiú és 611 lány) fizikai, 1336 (652 fiú és 684 lány) érzelmi, 1011 (100 fiú és 911 lány) szexuális bántalmazás esetet jelentettek be¹⁰.

A gyerekek szükségletei és a szülői funkciók

A gyermekek fejlődési szükségleteit az angol gyermekvédelmi hatóságok (Department of Health, Department for Education and Employment, Home Office 2000) hét nagy csoportba osztják:

⁹ A Romániai gyerekek elleni szexuális erőszakról a World Vision kutatásaiban található információkat: Sondaj-cu-privire-la-violenta-sexuala-asupra-copiiilor.pdf

¹⁰ Autoritatea Nationala de Protectie a Drepturilor Copiilor si Adoptie, 2024, <https://copii.gov.ro/1/date-statistice-copii-si-adoptii/>

- *Egészségügyi szükségletek:* a növekedés, fejlődés és mentális egészség megőrzéséhez szükséges feltételek megléte.
- *Oktatási/fejlesztési szükségletek:* a kognitív fejlődéshez szükséges feltételek, melyek a születéskor kezdődnek és magukba foglalják a kognitív stimulálást, más gyerekekkel való együttes játék biztosítását, könyvekhez, érdeklődést keltő és készségfejlesztő játékokhoz való hozzáférést, stb.
- *Érzelmi és viselkedési szükségletek:* a gyermek környezetében levő szülők, gondozók, majd egyéb felnőttek érzelmi elérhetősége, és részükről a gyermek szükségleteire adott megfelelő érzelmi és viselkedési reakciók.
- *Identitás:* a gyermek azon szükséglete, hogy önálló és értékes személyként kezeljék. Ide tartozik az önmagáról alkotott kép és önértékelés, melyhez hozzájárul az etnikai, nemi és vallási identitás.
- *Családi- és szociális szükségletek :* magába foglalja a családdal való biztonságos és pozitív kapcsolatot, a testvérkapcsolatokat, életkornak megfelelő barátságokat és egyéb „jelentős másokkal” való kapcsolatokat.
- *A szociális megjelenéssel kapcsolatos szükségletek:* az életkornak, nemnek, kulturális és vallási sajátosságoknak megfelelő *szerepek*, öltözet és megjelenés biztosítása.
- *Önmagáról való gondoskodás:* a növekvő autonómiához és függetlenséghez szükséges készségek elsajátításának biztosítása.

E szükségletek kielégítése a családtól, a kortárscsoporttól, az adott kultúra gyermekek iránti érzékenységtől, valamint a tágabb társadalom törvényeitől és intézményrendszerétől, a szakemberek képzettségétől függ. A különböző fejlődési szakaszokban változnak azok a szükségletek, amelyek hangsúlyossá válnak, de egyesek végigkövetik a gyermek fejlődését.

A gyermekek sajátos szükségletei az eriksoni fejlődési szakaszok (Erikson, 1965) szerint:

- *Csecsemőkor (0–1 év):* az egészségügyi, érzelmi és fejlesztési szükségletek kielégítésén van a hangsúly. Mindez érzékeny, odafigyelő gondozás, biztonság, stabilitás, kognitív és szenzoriális stimulálás, testi közelség, interakciók az anyával/gondozóval, az anya érzelmi elérhetősége és válaszkészsége által valósul meg.
- *Kisgyermekkor (1–3 év):* az egészségügyi, érzelmi és fejlesztési szükségleteken kívül szerepet kap az identitás alapját képező

kompetencia érzés és az autonómia szükséglete. Mindez a melegség és gondozás légkörében, bizonyos fokú autonómia biztosítása, az explorációs tevékenység bátorítása, és világos és következetes határok állítása által elégíthető ki.

- *Óvodáskor (3–6 év):* az előbbiekhez hozzáadódik a szociális kapcsolatok szükséglete, a kortársakkal való együttjátszás lehetőségének biztosítása és megnő a társas visszajelzések jelentősége az önértékelés szempontjából. Mindez a szülők elérhetőségének, a melegség és gondozás légkörében történő felelősségek fokozatos bővítése, a gyermek nézőpontjának tiszteletben tartása, a tervek, célok kitűzésében nyújtott segítség, viselkedési minták biztosítása, világos szerepek és értékek szükségessége, világos határok felállítása által valósul meg.
- *Iskoláskor (6–14 év):* a továbbra is jelentőséggel bíró egészségügyi, érzelmi, oktatási/fejlesztési és családi-szociális kapcsolatokra irányuló szükségletek mellett az önértékelés és identitás alapját képező kompetencia érzés biztosítása, a szociális prezentáció és az önmagáról való gondoskodás szükségletei kerülnek előtérbe. Az említett szükségletek kielégítése a szülők/gondozók részéről továbbra is biztosított érzelmi melegség és elérhetőség légkörében a fokozódó autonómia igény és kontroll közötti egyensúly megteremtését, a szülői attitűdök rugalmasságát, a gyermekek probléma megoldó készségének elősegítését követeli meg.
- *Serdülőkor (14–18 év):* az önmagáról gondoskodás, az identitás szükséglete kerülnek előtérbe, amelyek alapját az autonómia, problémamegoldó képesség, kompetenciaérzés, önértékelés képezik. A szülők részéről lényeges az explorációs viselkedés elfogadása, új szerepek kipróbálásának lehetővé tétele, a tolerancia, szimmetria biztosítása a családi kapcsolatokban, de továbbra is jelentős marad az érzelmi elérhetőség és az érzelmileg meleg, támogató családi légkör, valamint a fiatal változó szükségleteinek megfelelő, de világos, következetes szabályok, valamint a fiatal viselkedésének monitorizálása.

Kari Killén (1997) megnevez bizonyos szülői funkciókat, amelyeknek eleget kell tennie annak a szülőnek, aki gyermekei alapvető igényeit képes kielégíteni, így megfelelő teret képes biztosítani annak fejlődéséhez:

1. *A gyermek realista észlelésének képessége* azt jelenti, hogy a szülő képes a valóságnak megfelelően érzékelni a gyermek tulajdonságait és fejlődési stádiumának megfelelő igényeit, és azokhoz a megfelelő módon tud viszonyulni. A bántalmazó szülők nem realista módon látják gyermekeiket, azoknak olyan tulajdonságokat tulajdonítanak, amelyekkel nem rendelkeznek. Gyakran saját negatív érzéseiket a gyermekeiknek tulajdonítják, így ellenségesnek vagy agresszívnek látják őket. Megtörténik az is, hogy bizonyos, a múltjukban fontos szerepet játszó személyek tulajdonságait vélik felismerni gyermekeikben, ami befolyásolja kapcsolatukat.
2. *Annak elfogadása, hogy a felnőttek kötelessége a gyermekek igényeinek a kielégítése és nem fordítva.* Azok a szülők, akik úgy gondolják, hogy a gyermekek kötelessége az ő igényeiket kielégíteni, arra kényszerítik gyermekeiket, hogy olyan szerepeket vállaljanak, amelyekre azok még nem érettek.
3. *A gyermekek együttműködésére vonatkozó realista elképzelések.* A realista elvárások stimulálják a gyermekeket és hozzájárulnak fejlődésükhöz. A gyermek képességeinek és fejlődési szintjének nem megfelelő elvárások a gyermek önmagával való elégedetlenségéhez vezetnek.
4. *A gyermekkel való pozitív interakciók kialakítása.* A gyermek fejlődése szempontjából elengedhetetlen, hogy a szülő pozitívan viszonyuljon a gyermek életének fontos kellékeihez: a játékhoz, tanuláshoz, örömhöz és bánathoz. Ez azt jelenti, hogy a felnőtt elfogadja a gyermeket olyannak, amilyen és örömet leli benne. Válaszol a gyermek felhívásaira és határokat rögzít, melyek biztonságos keretet nyújtanak a gyermek fejlődéséhez.
5. *A gyermekhez való empátikus viszonyulás képessége.* Ez a képesség döntő jelentőségű abban, hogy a szülők milyen mértékben képesek kielégíteni a gyermek szükségleteit és mennyire tudják elkerülni, hogy a napi frusztrációkból fakadó feszültségeiket a gyermekben vezessék le.
6. *A gyermek szükségleteinek elsőbbsége a saját szükségletekkel szemben:* a szülőnek képesnek kell lennie arra, hogy csak a gyermek alapvető szükségleteinek kielégítése után gondoljon saját, személyes igényeinek kielégítésére.

7. A szülők saját fájdalmának és agresszivitásának megfékezésére való képesség, anélkül, hogy azt a gyermekén vezetnék le. A szülői szerep gyakorlásához elengedhetetlen a frusztráció elviselésének képessége, ugyanis elkerülhetetlen, hogy a gyermekek frusztrációt okozzanak szüleiknek.

Az itt felsorolt szülői funkciók gyakorlásának képessége változó a családot érő hatások eredményeképpen, és vannak múltó krízisek, amelyek bizonyos funkciók ideiglenes gyengüléséhez vezetnek. A szakember feladatai közé tartozik annak mérlegelése, hogy a szülői funkciók ellátásában adott pillanatban tapasztalt gyenge pontok egy helyzetre adott akut reakciót képeznek, vagy hosszú távon fennálló hiányosságról van szó.

Irodalomjegyzék

- Antal, I., Roth, M., Mezei, E., Dávid-Kacsó, Á., Voicu, C., Szász, R. (2012). The Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect (BECAN) in Romania. *Revista de Asistență Socială*, XI/2, 1-13.
- Behl, L., Conyngham, H., May, P. (2003). Trends in child maltreatment literature. *Child Abuse and Neglect*, 27 (2), 215–229.
- Beregnyei B., Nádasi V., Gúr, P., Hajnal R., László Gy., Szomor, M., Papp K. (2016). *A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan*, http://www.kormany.hu/download/c/72/b0000/modszertani_utm_bantalmazas_megelozes_2.pdf, letöltve 2024 január 15.
- Cowley, L E, Lamela, D Drabarek, K, Rodrigues, L B, Ntinapogias, A N, Aideen DeBelle, G Alfandari, R Jud, A, Otterman, G, Laajasalo, T, Christian, C. W., Stancheva-Popkostadinova, V, Caenazzo, L Soldino, V, Vaughan, R, Kemp, A Nurmatov, U Hulugber, L (2025). Defining child maltreatment for research and surveillance: an international, multi-sectoral, Delphi consensus study in 34 countries in Europe and surrounding regions *The Lancet Regional Health – Europe*, 50, Elsevier, doi: 10.1016/j.lanepe.2024.101196, <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.101196>
- Finkelhor, D., Sutton, S., Turner, H., Colburn, D. (2024): How Risky is Online Sexting by Minors?, *Journal of Child Sexual Abuse*, DOI: 10.1080/10538712.2024.2324838

- Holden, G.W., Felitti, V.J., Anda, R.F. (2003). Relationship between multiple forms of children maltreatment and adult mental health in community respondents. In: *American Journal of Psychiatry* . 160:8, 1453 – 1460.
- Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children (2017) Progress towards prohibiting all corporal punishment in Europe and Central Asia. <http://endcorporalpunishment.org/wp-content/uploads/legality-tables/Europe-and-Central-Asia-progress-table-commitment.pdf>, letöltve 2024 február 25.
- Kempe, C.H. (1985). The battered child syndrome. In: *Child abuse and neglect*, 9, pp.143–154. Kloppen, K., Maehle, M., Haugland, S., Breivik, K. (2015) Prevalence of Intrafamilial Child Maltreatment in The Nordic Countries. *Child Abuse Review* Vol. 24: 51–66 (2015) DOI: 10.1002/car.2324
- Killén, K. (1997). *Copilul maltratat*. Timișoara: Ed. Eurobit.
- Moody, G., Cannings-John, R., Hood, K., Kemp, A., Robling, M. (2018) Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health* 18:1164 <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6044-y>
- Révész, Gy. (2004). *Szülői bánásmód – gyermekbántalmazás*, Szöveg és Lélek sorozat, Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
- UN Committee on the Rights of the Child (2006). *The Right of the Child to Protection from Corporal Punishment and Other Cruel or Degrading Forms of Punishment*, www.refworld.org/docid/460bc7772.html, letöltve 2018 március 18.
- UNICEF (2016), '*Violent Discipline: Methodology*', <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/violent-discipline/>, letöltve 2018 március 13.
- WHO (1999). *Child abuse prevention*. Geneva: WHO.
- WHO (2002). *World Report on violence and health*. Geneva: WHO
- WHO (2016). INSPIRE. Seven Strategies for Ending Violence Against Children, WHO PRESS, Geneva, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-eng.pdf;jsessionid=0B73AA0FE88068B85E7DB6E5D183A3AB?sequence=1>, letöltve Június 5, 2018

3.

A FIZIKAI ÉS ÉRZELMI BÁNTALMAZÁS

Dávid-Kacsó Ágnes, Antal Imola

A fizikai bántalmazás

Gyermekek fizikai bántalmazásáról először egy radiológus, Caffey írt 1946-ban (id. Révész, 2004), aki egy gyermek atipikus végtag- és bordatöréséről számol be, és Silverman írja le először, hogy ezek a sérülések „szülői gondatlanságra” vezethetők vissza (Silverman 1953, id. Révész, 2004). C.H. Kempe és munkatársai 1962-ben írták le a „megvert gyermek szindrómát”, amit úgy határoztak meg, mint: „kiskorú gyermekek azon klinikai állapotát, ami olyan súlyos fizikai bántalmazás elszennvedésének következménye, amely gyakran maradandó károsodást, vagy halált okoz.” Már Kempe és mtsai (1985) megfigyelték, hogy a feltárt súlyos fizikai bántalmazások ismétlődőek és a normális fejlődést akadályozhatják.

A WHO meghatározása szerint „fizikai bántalmazás az a szándékos cselekedet (ütés, rázás, mérgezés, égés, fulladás, közlekedési baleset stb.) vagy gondatlanság, amely a gyerek fizikai sérüléséhez, halálához vezet vagy vezethet, és amely a szülő, vagy más olyan, gondozási-nevelési feladatot ellátó személy felelősségi körébe tartozik, akiben a gyermek bízik, illetve akivel alá-fölérendeltségi viszonyban van. A fizikai bántalmazás lehet egyszeri és lehet ismételt esemény.” (WHO, 2016)

A fizikailag bántalmazott gyermek testén zúzódások, véraláfutások, hegek és égési nyomok figyelhetők meg. Ezek a gyermek kézzel vagy különböző tárgyakkal történő megütése, kemény tárgyakhoz vagy a földhöz való odacsapása, megcsípése, cigarettával vagy forró tárgyakkal való megégetése következtében jönnek létre. Sokszor a gyermek bántalmazásából fakadó nyomok hasonlítanak azokra, amelyeket a gyermekek játék közben szereznek. Ilyenkor a zúzódás vagy seb elhelyezkedése, a gyermek életkora vagy a magyarázat, amelyet keletkezésére vonatkozóan kapunk, lehetnek azok a jelek, amelyek bántalmazásra utalnak (Kempe és mtsai, 1985). Révész (2004) szerint, ha a bántalmazás olyan mértékű, hogy orvosi beavatkozást igényel, a „véletlen balesetként” beállított történet ellen gyanú merülhet fel, ha:

- a szülők késlekedve viszik a gyereket orvoshoz;
- igyekeznek minél hamarabb elszabadulni a helyszínről;
- a sérülés elmondott körülményei nem felelnek meg a klinikai képnek;
- szülők szorongása nem olyan mértékű, mint elvárható volna, és inkább saját magukkal, mint a gyermek bajával vannak elfoglalva;
- a gyermek az érintésre összerezzen és a barátságos közeledés elől is menekül

A fizikai bántalmazás bizonyos formái láthatatlanok maradnak: például a megrázott csecsemő esetében megtörténhet, hogy csak jóval később mutatkoznak meg az erős megrázás (feje előre-hátra csapódásának) következményei például epilepszia, vagy a fejlődésben való lemaradás formájában. Csecsemőnél a bántalmazásra sokszor csak az utal, hogy nem fejlődik a megfelelő módon anélkül, hogy ennek hátterében szervi okok lennének kimutathatók.

Indokolt lehet azokat a cselekedeteket is a fizikai bántalmazás kategóriájába sorolni, amelyek nem okoztak ugyan még testi sérülést a gyermek számára, de ismétlődő jellegükből adódóan magukban hordozzák annak veszélyét (Roth, 1999). Ezek a bántalmazási formák határesetet képeznek az érzelmi és a testi bántalmazás között: bizonyos ideig „csak” pszichikai szenvedést okoznak a gyermek számára a félelem és rettegés révén, de adott pillanatban már testi sérülést is okozhatnak, így fizikai bántalmazássá válnak (pl. különböző tárgyak dobása a gyermek után).

A gyermekeknek munkával történő kizsákmányolása a fizikai bántalmazásnak az a formája, melynek során a gyermeket olyan tevékenységre kényszerítik, amely nem felel meg életkori sajátosságainak, meghaladja erejét és megalázó jellegéből fakadóan gyakran lelki szenvedést is okoz számára (pl. koldulás) (Roth, 2005).

A gyermekek fizikai bántalmazásának sajátos formája a *Münchausen szindróma*. Ennek a bántalmazási formának sajátossága, hogy a szülő, leggyakrabban az anya, bizonyos kitalált vagy akaratlagosan provokált tünetekkel orvosi kivizsgálásoknak veti alá gyermekét. A Münchausen szindróma diagnózisa csak akkor igazolható, ha tartósan fennálló gyermekbántalmazásról van szó, amely a gyermek fizikai és szociális károsodását okozza. Enyhébb esetben túlzott aggodalmaskodásukkal az anyák fölöslegesen fájdalmas beavatkozásoknak teszik ki gyermeküket, míg súlyos esetben betegséget, rosszulétet idéznek elő vagy egy meglevő betegség tüneteit túlozzák (Révész 2004). Fontosabb tünetek: megmagyarázhatatlan fennálló vagy visszatérő betegségek és ellentmondások a kórtörténet, a klinikai leletek és a gyermek általános állapota között. Legfontosabb jellemző a tünetekkel kapcsolatban, hogy azok mindig az anya jelenlétében vagy közelségében észlelhetők, illetve az ő elbeszélésén alapulnak és távollétében megszűnnek. Az anyára jellemző, hogy nagyon jó kapcsolatot alakít ki az orvosi személyzettel, nagyon tájékozott a betegségeket illetően, állandóan a gyerek mellett van, nem tűnik aggodónak a betegséggel kapcsolatban, és túl megértően elfogad minden fájdalmas és veszélyes vizsgálatot. A Münchausen szindrómát általában nagyon ritkának tartják, de az utóbbi időben egyre gyakrabban diagnosztizálják: Turner és Reid (2002) szerint 12 év alatt 84 kórházban 545 esetet tártak fel.

A fizikai bántalmazás az esetek többségében a fegyelmezés eszközeként alkalmazott büntetés formáját ölti. A fegyelmezés egy olyan konstruktum, mely azokat a szülői megnyilvánulásokat foglalja magában, amelyek a nemkívánatos gyermeki viselkedések megelőzésére és korrekciójára vonatkoznak (Fauchier és Straus, 2007). A megelőzés azokat az elvárásokat és szabályokat jelenti, amelyeket a szülő állít a gyermek viselkedésének irányítása céljából, míg a korrekció a szülő reakciójára

vonatkozik a szabályoknak gyermek általi megsértése esetén. A korrektív fegyelmezés egyaránt magába foglal pozitív és büntető, illetve induktív és erőkülönbségre alapozó viselkedési formákat a szülő részéről. Az induktív fegyelmezési módszerek magyarázatokra, érvelésre, meggyőzésre épülnek, míg az erőkülönbségen alapuló módszerek a büntetés alkalmazására. A büntetések lehetnek erőszakmentesek (például zsebpénz vagy egyéb privilégiumok megvonása), pszichológiai szempontból erőszakosak (ordítózás, káromkodás, gúnynevek használata) és fizikailag agresszívek - pofon, verés, hajhúzás, stb. (Fauchier és Straus 2007; Lansford, Deater és Deckard, 2012).

A fegyelmezés is azon szülői tevékenységek közé tartozik, amelyek általában az anyai szerephez kapcsolódnak: Hărăguș (2010) rámutat, hogy az apák ritkábban vesznek részt a gyermek viselkedésének szabályozásában, mint az anyák, és intervenciójuk általában normatív jellegű, megengednek vagy megtiltanak bizonyos dolgokat, közvetítik a morális normákat, de korlátozott mértékben avatkoznak bele a konkrét viselkedés módosításába. Bár általában az anyák gyakrabban alkalmaznak induktív fegyelmezési eljárásokat, míg az apáknál gyakoribb a hatalmi pozíció kihasználása, az apák és anyák egyenlő eséllyel alkalmaznak fizikailag és pszichológiailag agresszív fegyelmezési módokat (Fauchier és Straus 2007). A gyermek növekedésével a szülői kontroll gyakorlásának kontextusa változik, az erőviszonyok újratárgyalásra kerülnek (Maccoby 2007). Az alkalmazott módszerek is változáson esnek át, az erőkülönbségre épülő módszerek helyét fokozatosan átveszik az induktívak, a korrektíveket a preventívek (Davidov 2007, Maccoby 2007, Laird et al. 2009).

Az erőszakos fegyelmezés (UNICEF, 2016) a gyerekek fegyelmezésének a fizikai (testi) fenytésen és/vagy érzelmi erőszakon alapuló gyakorlata. Az érzelmi erőszak magába foglalja a gyerekkel való kiabálást, ordítást vagy üvöltést, illetve a gyerek sértő szavakkal való minősítését, mint például „ostoba” vagy „lusta”.

A testi fenytés a büntetés bármely, fizikai erőt alkalmazó formája, amelynek a célja bármilyen, akár enyhe mértékű fájdalom vagy kényelmetlenség okozása, illetve a szülő vagy a gondozó korrekciós és

kontrolláló aktusa, amely fájdalmat okoz, ha esetleg maradandó sérülést nem is (Straus, 2010).

A különböző társadalmak különböző módon tolerálják a testi fenyítést. Egyre több országban tiltja a törvény a testi fenyítést (Svédországban 1979-től, Finnországban 1983-tól, Norvégiában 1987-től, Németországban 2000-től, Romániában 2004-től, Magyarországon 2005-től, stb). 2017-ben összesen 33 országban volt tilos a verés az összes intézményben amellyel a gyermekek kapcsolatba kerülnek, beleértve a családot is (Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children, 2017). Ugyanakkor nagyon sok országban – és ide tartozik Románia és Magyarország is – a verésnek hagyománya van, és a többség elfogadja a testi fenyítést, mint a fegyelmezés hatékony eszközét. Szerencsére úgy a verés elfogadásának, mint alkalmazásának gyakorisága csökkenő tendenciát mutat. Egy 1980-as vizsgálat szerint az amerikai szülők 90%-a egyetértett a testi fenyítés alkalmazhatóságával egészen serdülőkorig, míg 1994-ben a testi fenyítéssel egyetértők aránya 68%-ra csökkent (Révész 2004 nyomán). Romániában az ezredforduló táján a megkérdezett szülőknek több mint fele egyetértett a veréssel, mint nevelési módszerrel (WHO, 2002), majd 2021-ben ez lecsökkent 19%-ra (Organizația Salvati Copiii, 2021). Svédországban az 50-es években a szülők 97%-a ütötte meg gyermekét, egy harmada naponta, míg 2006-ban 10%-a (Moding, 2009). 2009-ben egy ausztriai kutatásban a szülők 89%-a úgy gondolta, hogy a testi fenyítést a lehető legkevesebbszer kell alkalmazni. Finkelhor és mtsai (2019) egy összehasonlító vizsgálat eredményei alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a gyermekek elleni fizikai erőszak gyakorisága az AEÁ-ban csökkenő tendenciát mutat általában is, de például a verés, mint fegyelemzési módszer gyakorisága 1975 és 2014 között 28%-kal csökkent. Hasonló tendenciát mutatnak ki más országokban is, elsősorban a súlyos fizikai bántalmazás kapcsán (Straus, 2010). A szülők fizikai fegyelmezésre vonatkozó attitűdjei nagymértékben függnnek az erre vonatkozó társadalmi normáktól (Fleckman, és mtsai, 2019), így a fizikai fegyelmezést tiltó törvények hozzájárulnak ezeknek a kedvező tendenciáknak a kialakulásához. A fizikai bántalmazás gyakoriságának csökkenésével párhuzamosan csökkent a fiatalkorúak között a bűnözés, kábítószer fogyasztás, és az öngyilkosság aránya (Durrant, 2000)

Nagyon eltérő a felnőttek felfogása saját fegyelmező gesztusaikra vonatkozóan: míg egyeseknek az is verésnek számít, ha életükben egyszer felindulásukban ráütöttek a gyerekeikre, másoknak a brutalitást súroló ütlegetés sem az (Révész 2004). A testi fenyítés következményeit tekintve, a bántalmazott gyermekek gyakran úgy ítélik meg, hogy mindez saját magatartásuk következménye, függetlenül attól, hogy pillanatnyilag ártatlanok voltak-e vagy sem.

Több szerző szerint is (Straus és Paschall, 2009; Gerschoff, 2002) a testi fenyítésnek súlyos rövid és hosszú távú következményei lehetnek, mint: agresszió, a társas környezethez való különféle alkalmazkodási nehézségek, antiszociális viselkedés, alacsony empátia és tudatosság, megromlott szülő-gyermek kapcsolat, hosszú távon párkapcsolati erőszak és mentális zavarok. Kutatások (pl. Straus és Paschall, 2009; Heilmann és mtsai, 2021) szerint a testi fenyítés a kognitív fejlődéssel is összefüggést mutat, azok, akiket vernek, inkább küzdenek koncentrációs nehézségekkel, rosszabbul teljesítenek az intelligencia teszteken és hajlamosabbak az iskolai kudarcra, mint azok, akiket nem. Egy 68, fizikai fegyelmezéssel foglalkozó cikket összeítő metaanalízis eredményeként Heilmann és mtsai (2021) megemlítik, hogy egyetlen tanulmány eredményei sem mutattak ki pozitív eredményt a testi fegyelmezés következtében. A tanulmányok 59%-a időben rosszabb eredményeket talált a gyermekekre nézve, ha fizikai fegyelmezést alkalmaztak, míg 23% nem talált semmilyen hatást a gyermek viselkedésére vonatkozóan.

Straus (2005) szerint a testi fenyítést fenntartó leggyakoribb mítoszok a következők:

- *A testi fenyítés hatékonyabb, mint a többi módszer* (kutatások bizonyították, hogy az asszertív módszerek hatékonyabbak, mint a testi fenyítés úgy rövid, mint hosszú távon (McMahon, Forehand, 2005))
- *A testi fenyítés kell, mint egy utolsó eszköz* (általában nem utolsó, hanem első eszközként használják, főleg kisgyermekek esetén- Straus, 2010)
- *A verés ártalmatlan* (a verésnek rövid és hosszú távú negatív következményei lehetnek fizikai, érzelmi, kognitív és szociális téren, mint ahogy azt nagyon sok kutatás igazolta) (Straus, 2005).

- A testi fenytés elleni legfontosabb érvek a következók: pontosan azoknak a viselkedéseknek az esélye nő, amelyeket a szülő el szeretne kerülni, nehezebben alakul ki a gyermekben a belső kontroll, gyengíti a szülő-gyermek kapcsolatot, úgy rövid, mint hosszú távon negatív következményei lehetnek, és ellentmond az erőszakmentes nevelés, erőszakmentes társadalom elvének (Straus, 2005).

Az érzelmi bántalmazás

Az érzelmi bántalmazás egyik legnehezebben azonosítható és leginkább ignorált gyermekkori bántalmazási forma. Ennek oka, hogy rejtetten történk és nem hagy látható nyomot. Amíg a szexuális és egyre inkább a fizikai bántalmazás szembe megy a társadalmi normákkal, addig az érzelmi esetén sok múlik azokon a küszöbértékeken, amelyek segítségével az egyébként jól működő szülők néha elkerülhetetlenül megtörténő elszigetelt káros megnyilvánulásai elkülöníthetők a bántalmazástól. Ennek következtében a szakemberek gyakran ignorálják a tapasztalt érzelmi bántalmazást (Mathews & Dube, 2025).

A legkorábbi kutatás, amely dokumentálta az érzelmi bántalmazás hatását a René Spitz (1945) nevéhez kapcsolódik, aki észrevette, hogy azok a gyermekek, akik megfelelő egészségügyi és fizikai gondozásban részesültek, de édesanyjuktól el voltak szigetelve, gyengébb fizikai és mentális állapotban voltak, mint azok a társaik, akik érzelmi melegséget is tapasztalatok gondozójuktól. Hasonló eredményeket kapott egy kísérlet során Widdowson (1951), aki azt találta, hogy megfelelőbb táplálék nem megfelelő érzelmi környezetben a kisgyerekek fejlődésének a lassulását okozta azokhoz a társaikhoz képest, akik kevésbé tápláló ételmet kaptak, de érzelmi szükségleteikre érzékenyebb gondozásban részesültek.

A fogalom maga időben változáson ment át. Kezdetben inkább a „pszichológiai bántalmazás” kifejezés volt az elterjedtebb, fokozatosan átvette a helyét az „érzelmi bántalmazás” terminus, és az UNICEF 2023-as besorolása a gyermeket érő rossz bánásmód formáknak a két kifejezés szinonímaként történő használatát javasolja (United Nations Childrens Fund, 2023). Az érzelmi bántalmazásra vonatkozóan több meghatározás

létezik. Az Amerikai Gyermekbántalmazási Szakmai Társaság (American Professional Society on Abuse of Children – APSAC) meghatározása szerint az érzelmi bántalmazás a gondozónak olyan viselkedési mintázatára vagy szélsőséges incidensre vonatkozik, amely azt közvetíti a gyermek számára, hogy értéktelen, nemkívánt, hibás, nem szeretett, veszélyben van, vagy csak akkor értékes, ha mások szükségleteit kielégíti (APSAC, 1995). Az érzelmi bántalmazás esetek azonosításához Glaser (2011) három jellemzőt emel ki: a küszöb, ami fölött egy viselkedés már bántalmazásnak számít, a súlyossága és az elkövető személye. Hayashi (2022) szerint az érzelmi bántalmazás definíciójának nyolc konceptuális elemet kell tartalmaznia: a bántalmazó viselkedést, az elkövető jellemzőit, gyakoriságot, szándékosságot, a következményeket, az interakciót, a gyermek életkorát és egyéb jellemzőit. Ennek értelmében ahhoz, hogy érzelmi bántalmazásról beszéljünk, kell létezzen egy cselekedet, ami ismétlődhet, de ha súlyos, akkor elég, ha egyszer előfordult, lehet szándékos vagy nem, a bántalmazó és a bántalmazott közötti interakció eredményeképpen jön létre és a gyermek számára mentális, fizikai vagy szociális következményei vannak, melyek az életkorától és egyéb jellemzőitől függnék (Hayashi, 2022).

A Garbarino, Guttman, és Seeley (1986) által azonosított öt érzelmi bántalmazás kategóriából kiindulva (visszautasítás, elszigetelés, terrorizálás, ignorálás, korrumpálás), Glaser (2011) szerint a gyermek érzelmi bántalmazásaként definiálható viselkedések nagy valószínűséggel illeszkednek a következő kategóriákba:

Az érzelmi elérhetetlenség, a válaszkészség hiánya tagadja a gyermek alapvető jogát a létezéshez. Olyan verbális és nonverbális viselkedések tartoznak ide, mint a gyermek megszégyenítése és nevetségessé tétele, jelentéktelenítése, degradálása, visszautasítása, elhagyása.

Ellenségesség, hibáztatás, befeketítés, visszautasítás vagy bűnbakképzés, ami a gyermeknek azt a jogát sérti, hogy értékesnek és szerethetőnek érezze magát.

A gyermekkel való inkonzisztens, életkornak nem megfelelő viselkedés sérti a gyermeknek azt a jogát, hogy a vele való interakciókban figyelembe vegyék a fejlődési szakaszának sajátosságait. Ide tartoznak a gyermek életkorának nem megfelelő elvárások, a durva és inkonzisztens fegyelmezés, és a

gyermek számára nehezen értelmezhető vagy traumatikus eseményeknek való kitettség.

A gyermek egyéniségének el nem ismerése és a szülő és gyermek közötti pszichológiai határok átlépése azt jelenti, hogy az elkövető összekeveri a gyermek világának a realitását a felnőtt hiedelmeivel és kívánságaival. Ide tartoznak például azok a helyzetek is, amikor a gyermek a harcoló szülők közé szorul.

A gyermek megfelelő közegekben történő szocializációjának megtagadása, ami a gyermek elszigetelésére vagy nem megfelelő szocializációjára és korrumpálására vonatkozik. (Glaser, 2011, pp.869-870).

Hayashi (2022) felhívja a figyelmet arra, hogy a gyakorlatban a szakembereknek szánt útmutatók nem operacionalizálják az érzelmi bántalmazás elvont meghatározásait, így azok a saját tudásukra, tapasztalatukra és intuíciójukra támaszkodnak az esetek azonosításában, és nem ritka, hogy bár egy bizonyos helyzetet érzelmileg bántalmazónak tekintenek, elismerik, hogy nagy valószínűséggel nem jelentenek. A szerző szerint ahhoz, hogy a szakemberek között egységes legyen ennek a bántalmazási formának a megítélése, szükséges lenne a meghatározások operacionalizálása az említett alkotóelemeknek megfelelően.

Az érzelmi bántalmazás kockázati tényezői, a többi bántalmazásformához hasonlóan, különböző szinteken találhatók. Glaser (2011) megemlíti a társadalmi és közösségi (pl. szegénység, elszigetelődés, gyakori költözések), a gondozókhoz köthető (pl. mentális betegség, függőségek, konfliktusos párkapcsolat, partnererőszak, a szülő által gyermekkorban elszenvedett bántalmazás), a szülő-gyermek interakciók szintjén található és a gyermek működéséhez kapcsolható kockázati tényezőket.

Az érzelmi bántalmazás következményei

Nehéz különválasztani az érzelmi bántalmazás következményeit, már csak azért is, mert mindegyik bántalmazási forma érzelmi károsodással jár és a többi bántalmazásforma (fizikai, szexuális) is általában együtt jár az érzelmi abúzzsal. Mégis, úgy tűnik, hogy az érzelmi bántalmazás

önmagában is súlyos rövid- és hosszútávú következményekkel jár a gyermek fejlődésére: növeli a mentális zavarok valószínűségét és az egészséget veszélyeztető magatartás kialakulásának esélyét, mind fiatal, mind felnőttkorban. A fiatalkorú öngyilkosságok és a nem öngyilkossági céllal történő önmegsebzés egyaránt kapcsolatba hozható az érzelmi bántalmazással (Chia és mtsai, 2025; Wang és mtsai, 2024). Az elutasítás és a gyermek terrorizálása erős kapcsolatot mutat a felnőttkori egészségügyi problémákkal (Mathews & Dube, 2025). Az érzelmi bántalmazás akkor is kapcsolatban volt a depresszív zavarokkal, az érzelmi szabályozás nehézségeivel és az interperszonális problémákkal, ha kontrollálták az egyéb bántalmazási formákat, amelyekkel közösen fordult elő (Christ és mtsai, 2019). A gyermekkori érzelmi bántalmazás és a felnőttkori mentális problémák közötti kapcsolat mechanizmusára utalva, a kutatások azt mutatják, hogy ez a bántalmazásforma gyermekkorban szorongó illetve elkerülő kötődés kialakulásához vezet, ami negatív hatással van a gyermek önértékelésére. Ennek következtében diszfunkcionális megküzdési mechanizmusok és hangulatzavarok, generalizált szorongás és függőségek alakulhatnak ki (Mathews & Dube, 2025). A biológiai mechanizmusokra vonatkozóan azt mutatják a kutatások, hogy a gyermekre való kiabálás és terrorizálás növeli a stressz szintjét, minek következtében módosul a stresszre való válaszkészség gyermek-, serdülő- és felnőttkorban egyaránt (Mathews & Dube, 2025). Ezt a kapcsolatot erősíti meg Duru & Balkis (2025), akik kutatásukban azt találták, hogy a gyermekkori érzelmi bántalmazás kapcsolatban van a felnőttkori megnövekedett stressz-szinttel, amit a negatív hiedelmek mediálnak.

Következtetések

A egyre gyűlő evidencia ellenére, amely az érzelmi bántalmazás rövid és hosszútávú negatív következményeire vonatkozik, a gyermekvédelem területén még mindig az elhanyagolt, kevés figyelmet kapó formák közé tartozik. Míg a törvény és a szakemberek számára kidolgozott útmutatók világosan operacionalizált előírásokat tartalmaznak a bántalmazás többi formájára vonatkozóan, az érzelmi bántalmazás gyakran nem éri el a hatóságok ingerküszöbét. Az elmondottak következtében az érzelmi

bántalmazás esetekben a célzott intervenció nagy eséllyel elmarad, így hatékonyabb, ha a hangsúly a prevencióra esik. Bár a prevenció programok is általában a fizikai bántalmazás és elhanyagolás megelőzésére fókuszálnak, a családlátogató és szülői készségfejlesztő programok hatékonyak lehetnek az érzelmi bántalmazás megelőzésében (Mathews & Dube, 2025).

Irodalomjegyzék

- Antal, I., Roth, M., Mezei, E., Dávid-Kacsó, Á., Voicu, C., Szász, R. (2012). The Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect (BECAN) in Romania. *Revista de Asistență Socială*, XI/2, 1-13.
- APSAC. (1995). *Psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents. Practice guidelines*. American Professional Society on the Abuse of Children.
- Chia, A., Y., Y. Hartanto, A., Wan, T., S., Teo, S., S., M., Lester Sim, K.T. A. Kasturiratna, S. (2025).
- The impact of childhood sexual, physical and emotional abuse and neglect on suicidal behavior and non-suicidal self-injury: A systematic review of meta-analyses. *Psychiatry Research Communications*, 5(1) <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2025.100202>.
- Christ, C., de Waal, M. M., Dekker, J. J. M., van Kuijk, I., van Schaik, D. J. F., Kikkert, M. J., Goudriaan, A. E., Beekman, A. T. F., & Messman-Moore, T. L. (2019). Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PloS one*, 14(2), e0211882. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211882>
- Davidov, M. (2007) Socialization in the Family. The Roles of parents. In: Grusec, J.E., Hastings, P.D. (eds): *Handbook of Socialization. Theory and Research*. The Guilford Press, London.
- Durrant, J. (2000) Trends in Youth Crime and Well-Being Since the Abolition of Corporal Punishment in Sweden. *Youth and Society*, Vol 31, Issue 4
- Duru, E., Balkis, M. (2025). Childhood Emotional Maltreatment and Adult Psychological Distress Symptoms: The Role of Irrational and Rational Beliefs. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy* 43(3) . <https://doi.org/10.1007/s10942-024-00570-1>
- Fauchier, A., Straus, M.A. (2007) Dimensions of Discipline By Fathers and Mothers as recalled By University Students. Durham, NH: Family Research Laboratory,

- University of New Hampshire, <http://pubpages.unh.edu/~mas2/DD03%20Draft%20D9.pdf>,
- Finkelhor, D., Turner, H., Wormuth, B., K., Vanderminden, J., Hamby, S. (2019). Corporal Punishment: Current Rates from a National Survey. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 1991–1997. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01426-4>
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., Hamby, Sh. (2010) Trends in Childhood Violence and Abuse Exposure Evidence From 2 National Surveys. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 164(3):238-242
- Fleckman, J. M., Taylor, C. A., Theall, K. P., & Andrinopoulos, K. (2019). The association between perceived injunctive norms toward corporal punishment, parenting support, and risk for child physical abuse. *Child abuse & neglect*, 88, 246–255. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.023>
- Garbarino, F., Guttman, E., Seeley, J. (1986). *The psychologically battered child*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cheguvera, N., Arur, A.A. Exploring How Gender and Culture Shape the Lived Experiences of Indian Clients with Emotional Abuse: A Social Justice Approach to Counselling. *Int J Adv Counselling* 46, 538–566 (2024). <https://doi.org/10.1007/s10447-024-09561-4>
- Glaser D. (2011). How to deal with emotional abuse and neglect: further development of a conceptual framework (FRAMEA). *Child abuse & neglect*, 35(10), 866–875. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.002>
- Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children (2017) Progress towards prohibiting all corporal punishment in Europe and Central Asia. <http://endcorporalpunishment.org/wp-content/uploads/legality-tables/Europe-and-Central-Asia-progress-table-commitment.pdf>, letöltve 2018 február 25.
- Hărăguș, P., T. (2010) *Folosirea timpului și distribuția sarcinilor domestice în familia din România*. Presa Universitară Clujeană.
- Hayashi M. (2022). Child psychological/emotional abuse and neglect: A definitional conceptual framework. *Journal of child & adolescent trauma*, 15(4), 999–1010. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00448-3>
- Heilmann, A., Mehay, A., Watt, R. G., Kelly, Y., Durrant, J. E., van Turnhout, J., & Gershoff, E. T. (2021). Physical punishment and child outcomes: a narrative review of prospective studies. *Lancet (London, England)*, 398(10297), 355–364. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00582-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00582-1)
- Kempe, C., H. Silverman, F., N., Steele, B., F., Droegemueller, W., Silver, H., K. (1985). The battered child syndrome. *Child abuse and neglect*, 9(2), pp.143–154.

- Laird, R.D., Criss, M.M., Petit, G. S., Bates, J.E., Dodge, K.A. (2009). Developmental Trajectories and Antecedents of Distal Parental Supervision, *The Journal of Early Adolescence*, 29, 258 -284.
- Lansford, J.E., Deater, H., Deckard, K. (2012) Childrearing Discipline and Violence in Developing Countries, *Child Development*, 83(1), 62–75.
- Maccoby, E. (2007) Historical Overview of Socialization Research and Theory. In Grusec, J. E., Hastings, P.D. (eds): *Handbook of Socialization. Theory and Research*. The Guilford Press, London.
- Mathews, B., Dube, S.(2025). Childhood emotional abuse is becoming a public health priority: Evidentiary support for a paradigm change. *Child Protection and Practice*,4, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.chipro.2024.100093>.
- McMahon, R.J., Forehand, R.L. (2005) *Helping the Noncompliant Child: Family-Based Treatment for Oppositional Behavior*. Guilford Press.
- Moding, C. (2009). Never violence. Thirty years on from Sweden's abolition of physical punishment. Government Offices of Sweden and Save the Children Sweden. Stockholm, Sweden: Edita, <http://www.regeringen.se/content/1/c6/13/22/67/11b870c5.pdf>, letöltve 2018 február 12.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C. Fisher, H., Bassett, C., Howat, N., Collishaw, S. (2011) Child abuse and neglect in the UK today. NSPCC. http://clock.uclan.ac.uk/6022/1/child_abuse_neglect_research_PDF_wdf84181.pdf,
- Organizația, Salvați, & Copii. (2021). *Studiu privind incidența violenței asupra copiilor*. București: Speed Promotion.
- Révész, Gy. (2004). *Szülői bánásmód – gyermekbántalmazás, Szöveg és Lélek sorozat, Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest*.
- Roth, M. (1999). *Protecția copilului. Dileme, concepții și metode*. Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.
- Roth, M. (2005). *Copii și femei victime ale violenței*, Ed. Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Straus, M. A., Paschall, M.J. (2009). Corporal punishment by mothers and children's cognitive development: A Longitudinal Study of Two Nationally Representative Age Cohorts. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma* 18 (5), 459-483.
- Straus, M. A. (2005) Children should never, ever, be spanked no matter what the circumstances. In D. R. Loseke, R. J. Gelles & M. M. Cavanaugh (Eds.), *Current Controversies about Family Violence* (2nd ed.) Thousand Oak, CA: Sage, 137-157.

- Straus M. A. (2010), *Prevalence, societal causes, and trends in corporal punishment by parents in world perspective*. *Law & Contemporary Problems*, Vol. 73 Issue 2-30.
- Turner, J., Reid, S. (2002) Munchausen's syndrome *The Lancet*, Volume 359, Issue 9303, Pages 346-349
- United Nations Children's Fund. (2023). *International classification of violence against children*. New York: UNICEF. Available from: <https://data.unicef.org/resources/international-classification-of-violence-against-children/>.
- UNICEF (2016), '*Violent Discipline: Methodology*', <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/violent-discipline/>, letöltve 2018 március 13.
- Wang,X., Xie, R., Wang,S., Zhang, R.,Li, W., Ding,W. (2024). The impact of childhood emotional abuse on the developmental trajectory of non-suicidal self-injury in adolescents: The mediating role of self-compassion and peer attachment. *Child Abuse & Neglect*,158. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107098>.
- Widdowson, E. (1951). Mental contentment and physical growth. *Lancet*, 260, 1316-1318.
- WHO (2016). INSPIRE. Seven Strategies for Ending Violence Against Children, WHO PRESS, Geneva, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-eng.pdf;jsessionid=0B73AA0FE88068B85E7DB6E5D183A3AB?sequence=1>, letöltve Június 5, 2018

4.

A SZEXUÁLIS BÁNTALMAZÁS

Antal Imola

Szexuális bántalmazásról beszélünk azokban az esetekben, amikor a gyermeket olyan szexuális tevékenységbe vonják be, amellyel ő nem ért egyet, amelyhez nem képes a kellően tájékozott hozzájárulásra, amelyre fejlettségének mértéke szerint nincs felkészülve vagy amely törvényekbe vagy a társadalmi tabukba ütközik. A gyermekkel való szexuális visszaélés megvalósulhat akár felnőtt, akár olyan másik gyermek részéről, aki koránál vagy fejlettségénél fogva a gyermekkel felelősségen, bizalmon vagy hatalmon alapuló viszonyban áll. A cselekvés célja a másik személy szükségleteinek kielégítése (WHO, 2002).

D. Finkelhor (1994) szerint a szexuális bántalmazás meghatározása két elemet tartalmaz:

A. *Szexuális tevékenység, amelynek legalább egyik résztvevője gyermek* – olyan tevékenységek tartoznak ide, amelyeknek célja a szexuális örömszerzés. A gyermek nemi szerveinek gondozás céljából való megérintését. Történhet érintéssel vagy érintés nélkül.

- *Érintéssel történő bántalmazás:* a gyermek erogén testrészeinek (nemi szerve, végbélnyílása, serdülő melle) megérintése, vagy a partner nemi szerveinek érintése a gyermek által. Két módon történhet:
- *Behatolással:* ami történhet pénisszel, ujjal vagy más tárggyal a hüvelybe, szájba vagy végbélnyílásba.
- *Behatolás nélkül:* a gyermek erogén zónáinak a simogatása, intim csók vagy a felnőtt erogén zónáinak a simogatása a gyermek által.

- Az érintés nélküli szexuális bántalmazás magába foglalja az exhibicionizmust, voyeurizmust, a gyermek felhasználását pornográf anyagok készítése vagy ezeknek közös megtekintése céljából. Ide tartoznak a szexuális célzatú megjegyzések, zaklatások is.

B. A bántalmazás körülményei

A bántalmazás valószínűsége megnő, ha:

- a gyermek partnerének jelentősen idősebb vagy érettebb
- a gyermek partnere autoritási vagy gondozói kapcsolatban van a gyermekkel vagy
- a gyermekkel szemben partnere erőszakot vagy manipulációt alkalmaz a szexuális jellegű tevékenységek kivitelezéséhez.

Mindezek a körülmények nem egyenlőségi viszonyra utalnak, és így nem beszélhetünk beleegyezésről a gyermek részéről. A gyermekek nem képesek átgondolni a helyzetet és megfontoltan beleegyezésüket adni vagy elutasítani a nemi érintkezést egy nem egyenlő hatalmi viszonyon alapuló szexuális kapcsolatban. Az, hogy részt vesznek benne, nem jelenti azt, hogy beleegyezésüket adták a velük szembeni visszaélésre.

Online formák

Az online szexuális erőszak áldozatainak beszámolóiból kiderül, hogy az online bántalmazás is a *konszenzusmentesség vagy a hatalmi egyensúlyhiány* elemeit tartalmazza, hasonlóan a hagyományos szexuális visszaéléshez (Finkelhor et al., 2014). Legfontosabb formái a következők:

- Az *online grooming* az, amikor a felnőttek vagy idősebb fiatalok online kommunikációt használnak arra, hogy kiskorúakat szexuális kapcsolatokba vonzanak (Gámez-Guadix et al., 2018).
- A *kép alapú szexuális visszaélés* magában foglalja a beleegyezés nélkül készített vagy megosztott szexuális képeket (Finkelhor et al., 2022).
- A *nem beleegyezésen alapuló szexting* a szexuális képek beleegyezés nélküli megosztását is jelenti (Krieger, 2017).
- A *szexuális zsarolás* azt jelenti, hogy pénzt vagy szexuális képeket próbálnak kicsikarni a megszerzett képek terjesztésével való fenyegetéssel (Wolak et al., 2018).

- Az online kereskedelmi szexuális kizsákmányolás a szexuális képek vagy online interakciók pénzért vagy más értéktárgyakért való cseréjét jelenti (Walsh és Finkelhor, 2023).

A szexting meztelenséget, női melleket vagy bármilyen, nemi szervet felfedő, fiatalok által készített kép megosztását jelenti romantika, flört, szexuális kielégülés, zaklatás vagy szórakozás céljából (Albury et al., 2017; Strasburger et al., 2019). Bár önmagában nem erőszak, tartalmazhat olyan dinamikát, amely a bántalmazás vagy fiatalok közötti erőszak területére sodorja, és amit nem beleegyezésen alapuló szextingnek neveznek (Wolak et al., 2012). Finkelhor és mtsai (2024) tanulmányozták, hogy a szextinget gyakorló fiatalok (a fiatalok 23.3%-a) milyen mértékben tapasztalják a kép alapú visszaélés valamilyen formáját. Kiderült, hogy 37%-uknak volt már része bántalmazó képepizódban. Ez 15-ször nagyobb volt mint az az arány, melyet a szextinget nem gyakorló fiatalok között találtak (2,8%).

Azok a magatartásformák és helyzetek, amelyek a szexuális bántalmazást alkotják, egyaránt magukba foglalnak olyan tevékenységeket, amelyek csak bizonyos körülmények között tekinthetők bántalmazásnak és olyanokat, amelyek külön minősítés nélkül minden esetben azok (J.R. Connte, 1997). Így például a vaginális vagy anális aktus, amikor a felnőtt ujjal, pénisszel vagy valamilyen tárggyal behatol a gyermek vaginális vagy anális nyílásaiba egyértelműen szexuális bántalmazásnak minősíthető. Bántalmazásnak minősíthető a gyermek nemi szerveinek vagy mellének a simogatása is, ugyanakkor egy gyermek hátának, fejének vagy más testrészének simogatása is annak minősülhet, amennyiben a cél az, hogy olyan helyzetbe hozza az elkövető a gyermeket, amely végül szexuális tevékenységhez vezet. A szájra adott csók pl. olyan tevékenység, amelyről nehéz eldönteni, hogy bántalmazás-e, anélkül, hogy többet tudnánk a kontextusról. A családok különböznek, van, ahol tiltják a családtagok szájon csókolását, máshol nem. Mielőtt dönteni tudnánk, szükségünk van további információkra: milyenek a családi szokások, mennyi ideig tartott, mit érzett közben a gyermek. A nemi szervek felfedése a gyermek előtt szintén olyan cselekmény, amelynek pusztán leírásából gyakran nehéz annak szándékára következtetni, hiszen a meztelenséggel kapcsolatos normák is különbözhetnek kultúránként vagy családonként.

Egyes szerzők szexuális bántalmazásként határozzák meg az egykorúak között előforduló erőszakos magatartást, pl. nemi erőszakot, mások úgy vélik, hogy ha nincs különbség a két fél között, más kategóriába sorolható.

A meghatározás körüli viták kiterjednek a szülői gondoskodás és figyelem kérdésére. Pl. szexuális bántalmazásnak tekinthető-e, ha a szülők ismételten és gondatlanul kiteszik a gyereket annak, hogy tanúja legyen a felnőttek közötti szexuális jeleneteknek? Vagy ha szükségtelen nőgyógyászati vizsgálatoknak veti alá a szülő a gyermekét? A szülők egyes tevékenységei sérthetik a közösségi normákat és megakaszthatják a gyermek szexuális fejlődését még akkor is, ha a felnőtt nem használja fel a gyermeket szexuális örömszerzés céljából. Egyes kutatók szexuális abúzusnak neveznek minden olyan eseményt, aminek a hatására a gyermek szexuális fejlődése sérül. Mások ezeket inkább emocionális, mint szexuális bántalmazásként értékelik, szerintük ugyanis ez utóbbi ismerve, hogy a felnőttnek szexuális örömet okozzon (Finkelhor, 1994).

A szexuális bántalmazás gyakorisága

Az első prevalencia vizsgálatot Finkelhor és mtsai végezték el 1979-ben az AEÁ-ban, Boston környéki egyetemi hallgatók körében. A 796 egyetemistából álló mintából a nők 20%-a, a férfiaknak pedig 9%-a jelezte, hogy szexuális bántalmazás áldozatai voltak a tizennyolcadik életévük betöltése előtt.

Szintén Finkelhor és munkatársai (2014) által az AEÁ-ban egy 2003-ban, 2008-ban és 2011-ben elvégzett telefonos kutatás összesített eredményei szerint a 15-17 éves lányok 26,6%-a, a fiúk 5.1%-a számolt be az élete során elszenvedett szexuális erőszakról. A lányok esetén a késői serdülőkor különösen érzékeny időszak, a 15 éves korban 16,8%-s arány 26,6%-ra nőtt 17 éves korra. Az erőszak elkövetői 17 éves lányoknál: ismerősök 19.6%, családtagok 5.5%, idegenek 3%, míg fiúknál: ismerősök 3.1%, családtagok 0.6%, idegenek 1.4%.

Egy 2024-ben publikált kutatásukban Finkelhor és mtsai (2024) 18-28 év közötti amerikai fiatalok reprezentatív mintáján (2639 személy) végeztek

felmérést a gyerekkorukban tapasztalt erőszak gyakoriságával kapcsolatban, amelyben külön mérték a szexuális erőszak online formáit is.

A szexuális bántalmazással kapcsolatos direkt kérdések esetén a prevalencia 13,5% volt (95%-os konfidencia intervallum (CI): (11,8, 15,4)), nemek szerint: a nők 19,8%-a (17,2, 22,7), a férfiak 6,2%-a (4,3, 8,7) az egyéb nemek 35,6% (19,8, 55,2) (transz férfi, transz nő vagy nemileg változó)-nal voltak tapasztalatai. A szexuális bántalmazás prevalenciájának összetett becslése alapján, ami tartalmazta az általános és online erőszakot is, amely magában foglalta online szexuális erőszakot 9 formáját. Ilyen módon számolva teljes kombinált arány 21,7%-ra nőtt (19,6, 24,0), a nemek szerint pedig 31,6% a nők esetében (28,4, 35,0), 10,8% a férfiaknál (8,4, 13,7) és 41,3% a többi nemnél (24,2, 60,8). A legnagyobb független hozzájárulást a teljes együttes növekedéshez a nem beleegyezésen alapuló képmegosztás és a felnőtt, idősebb partnerrel való önkéntes online szexuális kapcsolatok okozták.

Egy 2000-ben Romániában elvégzett kérdőíves vizsgálat (Browne és mtsai. 2002) adatai szerint a megkérdezett 1566 szülőből 1 (0,1%) vallotta, hogy tudomása van arról, hogy gyermeke a szexuális bántalmazás valamelyik formájának áldozata lett. Ezzel szemben a megkérdezett 1295 13–14 éves serdülő 9,1%-a (118 személy) azt mondta, hogy volt már szexuális erőszakban része, 5,7%-nak valamilyen családtag részéről. Egy 2011-es nemzetközi felmérés (a BECAN kutatás) romániai eredményei szerint a 11–15 évesek 8,07%-a, tapasztalt szexuális erőszakot az élete során, 5,09%-a az utolsó évben., kb hasonló arányban a fiúk és lányok (Antal és mtsai., 2012).

Az AEÁ-ban több adatbázisból is kimutató, hogy a szexuális bántalmazás gyakorisága 1990 és 2010 között csökkent (Finkelhor, 2012), így a gyermekvédelmi hatóságok 62%-os csökkenésről beszélnek, az incidenciakutatások 43%-ról, az FBI nemi erőszakkal kapcsolatos statisztikái pedig 50%-ról. Ugyanez a csökkenő tendencia az AEÁ-ban kimutatható az országos felmérések eredményei alapján is, pl. NatSCEV 2003-as eredményei szerinti 3,3%-ról 2008-ban 2%-ra csökkent.

Bár a 80-as évek közepéig kizárólag férfi elkövetőkről és lány áldozatokról beszéltek, az utóbbi évtizedekben végzett kutatások rámutatnak, hogy nagy számban léteznek női elkövetők és fiú áldozatok is.

Tsopelas és mtsai (2012) kimutatják egy metaanalitikus tanulmányban, hogy a női elkövetők leggyakrabban gondozók, ami megnehezíti az áldozatok számára a segítség kérését.

Ezzel szemben a bejelentett esetek száma kevés, a gyermekvédelem területén dolgozó szakemberek szerint a hatóságoknak jelzett esetek a jéghegy csúcsát képezik (Roth és Antal, 2015)

Egy, Stoltenborgh és munkatársai (2015) által végzett metaanalitikus kutatásban az önbevalláson alapuló vizsgálatok alapján átlagosan 127/1000 - re becsülték a szexuális bántalmazás előfordulási arányát, ezzel szemben az adatközlők által szolgáltatott adatokból becsült átlagos előfordulási arányokat 4/1000-re, tehát nagyjából 30-szor kisebbre. Az adatközlők által szolgáltatott adatok nagyjából a jelentett esetekre vonatkoztak.

A szexuális bántalmazás kialakulásának kockázati és védő tényezői

A WHO 2006-os jelentése alapján a szexuális bántalmazóvá válás kockázati tényezői a következők (Pinheiro, 2006, WHO, 2010, Eryl et al, 2013)

Egyéni szinten

A gyerekekkel kapcsolatos kockázati tényezők közül érdemes kiemelnünk a gyerekek nemét és életkorát. Amint láttuk az előbbieken, a lányok gyakrabban esnek áldozatul, ezért a női nem kockázati tényezőnek számít, hasonlóképpen a transz és változó nem is. Az életkor tekintetében több szerző is említi, hogy a családon belüli bántalmazás leggyakrabban a 6-11 év közötti gyerekeket, míg az idegenek részéről megvalósuló bántalmazás leginkább a 12-17 év közöttieket érinti. A sajátos igényű gyerekek (mentális zavarral, krónikus betegséggel, érzék- vagy mozgásszervi akadályozottsággal élők, szexuális kisebbséghez tartozók) fokozott kockázatnak vannak kitéve, többek között azért, mert nehezebben kérnek és kapnak segítséget.

A bántalmazóval kapcsolatos tényezők közül érdemes megemlítenünk az alkohol és drog fogyasztást, az empátia hiányát, az esetenként

hipermaszkulin viselkedéssel társuló erőszak elfogadását, valamint a korai szexuális tapasztalatokat. A szexuális bántalmazás tapasztalatokkal rendelkező személyek vulnerábilisabbak a szexuális bántalmazás elkövetésére, összehasonlítva olyanokkal, akiknek nem voltak hasonló kora gyerekkori tapasztalatai.

Családi szinten

A gyerekek nem megfelelő felügyelete egyike a legfontosabb családi tényezőknek, amik kapcsolatban lehetnek a szexuális bántalmazással. Ez történhet szülői szerfogyasztás, a szülő(k) mentális betegsége, magas szintű szülői stressz miatt vagy konfliktusos családi környezetben. A nem bántalmazó személy gyerekkori tapasztalataiból eredő következmények szintén hozzájárulhatnak, mint kockázati tényezők a bántalmazás fennmaradásához azáltal, hogy nem veszi észre, minimalizálja vagy nem tud beavatkozni a gyerek biztonságának a kialakítása érdekében.

Közösségi szinten

A közösségi tényezők közül fontos kiemelnünk az intézményi szintű támogatás hiányát az igazságszolgáltatási rendszer képviselői részéről (rendőrség, ügyészség, bíróság), a tolerancia magas szintjét, valamint a gyenge közösségi szankciókat.

Társadalmi szintű

Társadalmi szinten a gyenge törvények és politikák, a férfi dominancián alapuló kultúra, valamint az erőszak magas szintje járulhatnak elsősorban hozzá a szexuális bántalmazás magas szintjéhez.

Védő tényezők

A védő tényezők közül megemlíthetők elsődlegesen a családi konfliktusok érveléssel történő megoldását, a szülők mentális egészséget, az empátiát és mások iránti törődést, a gyerekek esetében pedig a magas szintű iskolai teljesítményt.

A szexuális bántalmazás dinamikája

A. Brown és D. Finkelhor (1986) szerint a szexuális visszaélés esetében négy olyan sajátos fejlődési folyamat érvényesül, amely traumához vezethet, és amelyek felelősek a gyermek tüneteier. Ezek a következők:

A traumatikus szexualizáció arra a folyamatra vonatkozik, amely a szexuális bántalmazás következményeként a gyermek szexuális fejlődését (beleértve mind az érzelmeket, mind az attitűdöket) életkorának nem megfelelő, személyközi kapcsolataira nézve nem megfelelő irányba tereli. Traumatikus szexualizáció léphet fel, ha a felnőtt ismételtén jutalmazza a gyermek szexualizált viselkedését. A gyermek érzelmeket, figyelmet, privilégiumokat és ajándékokat kaphat a szexuális viselkedéséért cserébe, így megtanulhatja, hogy fejlődési szintjének megfelelő szükségletei kielégítése érdekében szexuális viselkedéssel manipulálhatja környezetét. A traumatikus szexualizáció felléphet olyankor is, ha a gyermek különböző testrészeit a felnőtt fetisizálja, különleges jelentéssel és jelentőséggel ruházza fel. Megjelenhet tévhitek révén, amelyeket a bántalmazó közvetít a szexuális viselkedésről és moralitásról vagy akkor, amikor a szexuális tevékenységhez ijesztő, fájdalmas emlékek, élmények kapcsolódnak.

A traumatikus szexualizáció mértékét különböző tényezők befolyásolják. Így pl. az olyan élmények hatására, amelyek során a bántalmazó igyekszik a gyermekből szexuális érzéseket kiváltani, a gyermek viselkedése szexualizáltabb lesz, mint abban az esetben, amikor a felnőtt egyszerűen maszturbációra használja a passzív gyermeket. Szexualizáltabb az élmény, ha a gyermek aktívan résztvesz, mint amikor fizikai erőszakot alkalmaz a bántalmazó, bár ez utóbbi is traumatizáló a szexualitásnak a félelemmel való kapcsolódása miatt. Minél nagyobb a gyermek, annál nagyobb a valószínűsége a szexualizált viselkedés kialakulásának.

A becsapás, áruulás arra a dinamikára utal, amikor a gyermek felfedezi, hogy valaki, akitől ő életbevágóan függ, sérülést okozott neki. Ez is sokféleképpen jelentkezhethet. Pl. a visszaélés során vagy azt követően ráébredhet a gyermek arra, hogy valaki, akit szeretett, és akinek a szeretete fontos volt számára, manipulálta és kihasználta őt vagy hazudott neki. Nem csak a bántalmazó iránt érezheti a becsapottság érzését, hanem olyan családtagok iránt is, akik nem tudják őt megvédeni, nem tudják elhinni, amit

elmesél, vagy a bántalmazás feltárását követően a gyermekkel szembeni viselkedésük megváltozik.

A családtagok vagy más bizalmi személyek által elkövetett szexuális visszaélések az idegenek által elkövetettnél nagyobb mértékű becsapottságérzéssel járnak. Ugyanakkor az is elmondható, hogy bárki legyen is a bántalmazó, a becsapottság érzésének mértéke függ attól, hogy mennyire érzi magát a gyermek rászedve. Ha már az elejétől gyanakodott, nyilván kevésbé fogja becsapottnak érezni magát, mint egy olyan gyermek, aki a bántalmazó viselkedését eleinte a szeretet és gyöngédség megnyilvánulásának vélte.

Nyilvánvaló módon a család válasza is befolyásolja a gyermek érzéseit: az a gyermek akinek nem hisznek, akit hibáztatnak és kiközösítenek sokkal inkább elárulva érzi magát, mint az, akit támogatnak.

A *tehetetlenség* arra a folyamatra vonatkozik, amelynek során a gyermek kívánságai, akarata, hatékonysága folyamatosan akadályozottak. A szexuális bántalmazás sokféle aspektusa hozzájárulhat ehhez a dinamikához: alapvető tehetetlenségi érzést eredményez a szexuális bántalmazásban az a tény, hogy a gyermek határait, testi szféráját a bántalmazó ismételten átlépi a gyermek akarata ellenére. Ezt fokozhatják azok a manipulációs stratégiák, amelyeket a bántalmazó használ, mint a visszaélési folyamat részét. A gyermek további tehetetlenségérzést él meg, amikor a bántalmazást megakadályozó törekvései csorbulnak. Fokozódik, amikor félelmet él át és úgy érzi, nem tudja megértetni a többiekkel azt, amin átmegy, vagy amikor csapdában érzi magát, hiszen elmondta egy felnőttnek azt, ami vele történt és a felnőtt nem hisz neki, vagy nem védi meg. Másrészt, ha sikerül a bántalmazást megakadályoznia, vagy valamiképpen kontrollálnia, a tehetetlenségérzés jelentősen csökken.

A *megbélyezés* az eseményekkel összefüggő negatív értelmezésekkel kapcsolatos – rosszság, szégyen, bűntudat –, melyeket a gyermeknek továbbít a környezete, és amelyek beépülnek a gyermek énképébe. Gyakran a bántalmazó a gyermekre hárítja a felelősséget, őt vádolja. Az a nyomás, hogy a gyermek titokban tartsa a történeteket szintén ahhoz vezethet, hogy szégyent és bűntudatot éljen át. A stigmatizációt megerősítik azok az attitűdök is, amelyeket a gyermek a közösség és család részéről tapasztal. A bántalmazás feltárása utáni sokreakciók megerősíthetik a gyermeket

abban, hogy ami történt az valami szégyenletes és az ő hibája. A gyermek által megtapasztalt stigmatizáció mértéke sokmindentől függ: ha a gyermek még kicsi és nincs tudatában a társadalmi normáknak, a megbélyegzés érzése alacsony. Ha a környezete világosan a tudomására hozza, hogy nem ő a felelős a bántalmazásért, a megbélyegzés érzése kisebb. Azok a gyermekek, akiket a környezete felelőssé tesz a bántalmazásért mondván, hogy elcsábította a bántalmazót, vagy akiket vallási vagy kulturális okokból arra kényszerítenek, hogy az eseményeket továbbra is titokban tartsák, továbbra is „más”-nak fogják magukat érezni, ami hozzájárul a stigmatizáltság érzésének növekedéséhez.

A bántalmazó viselkedés ciklusa

C. Luca (2003, 2023) szerint a bántalmazás ciklusát a motiváció – képzeleti tevékenység – belső ellenállás leküzdése – kiváltó tényező – a fantázia ismétlése – az áldozat kiválasztása – az esemény előkészítése – a tett gyakorlatba ültetése képezi. Egyes felnőttek gyerekek vagy ellenálló felnőttek iránt éreznek szexuális vonzalmat, ez képezi a bántalmazás *motivációját*. Meg kell azonban jegyezni, hogy ez csak egyik m=dja annak, ahogyan a szexuális bántalmazás bekövetkezik.

A *képzeletnek* nagyon fontos szerepe van a bántalmazó viselkedés kialakulásában. A törvénytelen szexuális tevékenység iránti vonzalmat az ezzel kapcsolatos szexuális fantázia és az azt gyakran kísérő önkielégítés megerősíti. Mindaddig, amíg a személy *belső ellenállása* (tudja, hogy az amiről fantáziál morális és legális értelemben tilos) működik, megakadályozza, hogy fantáziáját gyakorlatba ültesse.

A *kiváltó tényező* általában egy esemény (stressz vagy visszaütés), amely a tiltott fantázia perspektíváját különösen vonzóvá teszi. A leggyakoribb kiváltó tényezők közé tartoznak a negatív emocionális állapotok (magány, düh, unalom, frusztráció, stb.), amelyek csökkentésére a személy a szexuális fantáziáláshoz folyamodik.

Ahhoz, hogy a személy folytassa a fantáziálást, szüksége van *okra, ürügyre*. Emocionális stressz esetén a fantázia folytatásának vágya erősödik, így a kulturális vagy morális normát vagy saját helyzetének értékelését olyan módon fogja a saját vágyai érdekében torzítani, hogy ezáltal

megengedhetővé, elfogadhatóvá váljon egy gyermekkel való szexuális vágyfantázia (mint például a gyermekkel való szexuális kapcsolatnak felnőttel való kapcsolat terminusaiban való értékelése: „a szexuális kapcsolat megengedhető akkor, ha mindkét fél beleegyezik”, vagy „a gyermeknek meg kell tanítani az örömkészséget”). Ha a személy megtalálta a felmentést, nemcsak a fantázia, hanem maga a tett is kivitelezhetővé válik.

A személy *ismétli* a maszturbálással egybekötött fantáziát, most már azzal a meggyőződéssel, hogy senki nem fog szenvedni, ez tovább erősíti a vágyat, hogy gyakorlatba ültesse a tettét. Az orgazmus, mint nagyon erős pozitív jutalmazás, stimulálja az eltorzult gondolkozást. Az elkövető *kiválasztja* az áldozatát életkor, nem, személyiség és sérülékenység alapján.

A következőkben a személy *előkészíti az eseményt* – az illetőnek le kell győznie most már a külső akadályokat és a gyermek ellenállását. Olyan körülményeket kell teremtenie, amelyek között a bántalmazás a lehető legkönnyebben és legbiztonságosabban történhet meg. Az áldozat felkészítésének stratégiái közül meg kell említeni a bizalmi, függő kapcsolat kiépítését, ajándékozást, érdeklődés mutatását, egy látszólagos szerelmi kapcsolat megteremtését, a fenyegetést, megfélemlítést.

Az esemény előkészítését követően nagyon kevés esély van rá, hogy a bántalmazás ne következzen be. A bántalmazás folytatódni fog mindaddig, ameddig a bántalmazó biztonságban fogja magát érezni, ha pedig ellenállásba ütközik, leáll mindaddig, amíg ki nem talál egy új forgatókönyvet. Ugyanakkor tovább folytatja a fantáziálást is, a gyermek reakcióit beépítve. A bántalmazás első szakaszában a bántalmazó bűntudatot vagy félelmet élhet át, ezeket ugyanolyan torzító mechanizmusokkal fogja elaltatni, mint amilyeneket eleinte ürügyként alkalmazott.

Ezt a ciklust a személy bármikor előlről kezdheti.

A szexuális bántalmazás következményeit befolyásoló tényezők

- *Az elkövető és az áldozat közötti viszony*: súlyosabbak a következmények, ha az elkövető szülő, nevelőszülő vagy más közeli családtag. (Tsopelas és mtsai, 2012)

- *A gyermek életkora:* különböző tünetekkel reagálnak a kisebb és a nagyobb gyermekek, kisgyermekek pl. hiperaktivitással, figyelemzavarral, nagyobb gyermekek érzelmi zavarokkal. Egyes szerzők szerint minél nagyobb a gyermek, annál valószínűbb, hogy súlyosabb következményekre lehet számítani (Connte, 1994).
- *A szexuális bántalmazás egyszeri vagy ismétlődő jellege:* minél gyakrabban és minél hosszabb időn keresztül fordul elő, annál nagyobb a valószínűsége a súlyos pszichopatológiai zavarok kialakulásának.
- *A bántalmazás formája:* behatolással (vaginális, anális, tárgyakkal történő, orális) járó bántalmazás általában súlyosabb következményekkel jár. Egyes szerzők szerint súlyosabbak a következmények, ha a gyermekkel szemben fizikai kényszert alkalmaztak, viszont, ha a gyermeket elcsábították és a szexuális tevékenység hatására ő maga is pozitív érzéseket élt át, nagyobb lehet a büntudata és valószínűbb a szexualizált viselkedés kialakulásának esélye.
- A következmények függenek az *áldozat nemétől* is. Mindkét nemnél súlyos következményeket mutattak ki a szakemberek, a férfi áldozatokról kevesebb szó esik általában, bár ők is hosszú távú és igen változatos problémáknak vannak kitéve, súlyos pszichopatológiai elváltozásokkal (Révész 2004, Luca, 2023). Az elkövető neme nem befolyásolja a következmények súlyosságát, kimutatható, hogy a női elkövetők által elkövetett szexuális bántalmazások ugyanolyan súlyos károkat okozhatnak, mint a férfiak által elkövetett bántalmazások. Befolyásolhatja a nemi identitás alakulását, ha az elkövető azonos nemű az áldozattal.
- A súlyos következmények kialakulása nem törvényszerű. Minél hamarabb felismeri a gyerek környezete és lehetőséget teremt a feltárára valamint a segítség nyújtásra, annál kevesebb az esélye a hosszú távú következmények kialakulásának. A *támogató személyek* jelenléte növeli a gyerek rezilienciáját, moderálja/mediálja a gyerekkori ártalmak és a következmények súlyossága közötti kapcsolatot, még abban az esetben is, ha gyerek úgy dönt, hogy nem tárja fel a szexuális abúzust vagy annak részleteit.

A szexuális bántalmazás jelei

A szexuális bántalmazás titkos jellegéből következik, hogy leggyakrabban nincs tanúja. Láttuk, hogy a gyermeket a bántalmazó megfélemlíti vagy „lekenyerezi” annak érdekében, hogy ne beszéljen senkinek arról, ami köztük történt. Kisebb gyerekek beszélhetnek spontán módon is az eseményekről, a nagyobb esetében fontos, hogy a felnőtt vegye észre a gyerek jelzéseit és beszélgetést kezdeményezzen. Ehhez nyilván szükséges tudnunk, hogy melyek azok a tünetek, gyanújelek, amelyek szexuális bántalmazásra utalhatnak (Faller, 1993, Manilor, 2009, Hornor, 2010). Megkülönböztetünk fizikai, valamint pszichoszociális tüneteket, gyanújeleket.

Leggyakoribb fizikai tünetek, gyanújelek

- A nemi szervek sérülései, a hymen vagy a végbél sérülése, vérzése, váladékozása, széklettartási zavarok
- Fájdalom vagy viszketés a nemi szervek tájékán
- Nemi betegségek
- Terhesség
- Organikus okok nélküli alhasi fájdalom
- Fájdalmas vizelés, ismétlődő húgyuti fertőzések

Pszichoszociális tünetek, gyanújelek

Megkülönböztetünk a szexuális viselkedéssel kapcsolatos és általános jellegű pszichoszociális mutatókat. A szexuális viselkedésben megnyilvánuló tünetek erősebb valószínűséggel utalhatnak szexuális bántalmazásra, az általános jellegű tünetek bármilyen más bántalmazástípus vagy negatív életesemény hatására jelentkezhetnek. A tünetek függnak a gyermek életkorától, így megkülönböztettünk olyan jellemzőket, amelyek 10 év alatt és olyanokat, amelyek 10 év fölötti érvényesek. Ugyanakkor tudnunk kell, hogy ez a felosztás viszonylag önkényes, hiszen mindkét csoport nagyon eltérő fejlettségi szintű gyermekekből áll.

Szexuális viselkedéssel kapcsolatos tünetek, gyanújelek

10 év alatti gyerekek

E jellemzők magas valószínűségi mutatók, ugyanis olyan szexuális ismeretekre utalnak, amelyekkel fiatal gyermekek általában nem rendelkeznek.

- Állítások, melyek a gyermek életkorának nem megfelelő szexuális ismeretekre utalnak (pl. egy csókolózó pár észrevétele után megjegyzi: most be fogja tenni az ujját a puncijába vagy Jani bácsi fütyijéből takony jön ki).
- Rajzok, amelyek világosan utalnak a szexualitásra (pl. erekcióban lévő pénisz, felláció stb.).
- A szexuális interakció különböző formái más személyekkel:
 - szexuálisan bántalmaz fiatalabb vagy naivabb gyermekekkel
 - szexuális tevékenységet kezdeményez a kortársakkal (ami arra utalhat, hogy a gyermeknek a bántalmazás valamiféle fizikai élvezetet okoz)
 - felnőttekkel flörtöl, szexuális jellegű indítványokat tesz idősebb személyeknek (ez arra utal, hogy a gyermek számára a szexualitás a felnőttekkel való kapcsolat elfogadható formája).
 - szexuális interakció játékokkal vagy állatokkal

A fiatalabb gyermekek szexuális ismeretei inkább utalnak szexuális bántalmazásra, mint a nagyobb gyermekekéi, hiszen a nagyobbaknak sokkal több forrás áll a rendelkezésükre, ahonnan beszerezhetnék ismereteiket. Nyilván a kicsik szintén sokat tanulhatnak máshonnan is, mint az abúzusból. Viszont nagyon kevés annak a valószínűsége, hogy a szexuális tevékenység olyan intim részleteit, mint pl. az ondó íze vagy színe, vagy a behatolás keltette érzések, megismerheti a gyermek konkrét tapasztalatok hiányában.

Másik gyakran emlegetett jellemző a maszturbáció. E mutatónak a legfőbb korlátja, hogy a maszturbálás a gyermek fejlődéséhez hozzátartozó normális viselkedés, így a „túlzott mértékű maszturbálás” megítélése meglehetősen szubjektív. Néhány támpont hasznos lehet:

A maszturbálás lehetséges szexuális bántalmazásra utalhat, ha:

- A gyermek sérülést okoz a maszturbációval magának;
- Naponta sokszor maszturbál;
- Nem tudja abbahagyni a maszturbálást;
- Tárgyakat helyez be a vaginájába vagy anusába;
- Maszturbálás közben nyögő hangokat hallat;
- Lökő mozdulatokat végez maszturbálás közben.

10 év fölötti gyerekek

Ahogy a gyermekek nőnek, egyre inkább tudatosítják a szexuális viselkedésük kiváltotta társadalmi reakciókat, így az előbbieken felsorolt szexuális viselkedések sokkal ritkábban jelentkeznek. Ráadásul a szexuális tevékenység bizonyos szintje serdülőkorban normálisnak tekinthető. Három olyan jellemző van, amely szexuális bántalmazásra utalhat:

- szexuális promiszkuitás – inkább lányokra jellemző
- a gyerek szexuális erőszak áldozata a kortárs csoportban
- prostitúció

A prostitúció az a tünet, amely a legnagyobb eséllyel utal a szexuális bántalmazás valószínűségére, a Bagley és Young (1987) kutatása alapján serdülőkorú prostituált lányok 73%-a szexuálisan bántalmazott. Wilson és Widom (2010) kimutatták, hogy a korai szexuális stimulálás az, ami mediálja a gyerekkorban tapasztalt rossz bánásmód és a prostitúció közötti kapcsolatot. Bár nem áll rendelkezésünkre összehasonlítható kutatás férfi prostituáltakkal kapcsolatban, klinikai megfigyelések valószínűsítik, hogy fiúk esetében is a szexuális bántalmazás a legfőbb oka annak, hogy a serdülő prostitúcióhoz folyamodik.

Lehetséges szexuális bántalmazásra utaló viselkedésbeli (nem szexuális) tünetek

A nem szexuális jellemzők kisebb valószínűségű, nem specifikus mutatók, ugyanis más típusú traumákra is utalhatnak. Ugyanezek a tünetek következményei lehetnek például fizikai bántalmazásnak, a szülők közötti konfliktusoknak, emocionális bántalmazásnak, a szülők alkoholfogyasztásának. Jelentkezhetnek kistestvér születése, szeretett személy elvesztése vagy akár a szülő munkanélkülisége következtében. Sőt, természeti katasztrófák: árvíz, földrengés is előidézhettek ezekhez hasonló tüneteket.

Akárcsak a szexuális jellemzők esetében, hasznos lehet a tünetek elkülönítése a fiatalabb és idősebb életkori csoportokban.

10 év alatt

- Alvászavarok
- Enuresis
- Encopresis

- Egyéb regresszív viselkedés (pl. átmeneti¹¹ tárgyat visz magával a gyermek az iskolába)
- Önpusztító vagy kockázatkereső viselkedés
- Impulzivitás, összpontosítási nehézségek
- Félelem bizonyos típusú vagy nemű személyektől
- Tűzkárok okozása
- Kegyetlenkedés állatokkal (inkább fiúkra jellemző)
- Szerepcsere a családban vagy koraérettség

10 év fölött

- Evészavarok (bulimia, anorexia)
- Az otthon elhagyása
- Szerabúzus
- Önpusztító viselkedés
- Öngyilkossági gondolatok, tervek vagy kísérletek
- Öncsonkítás
- Deviáns magatartás
- Kezelhetetlenség
- Depresszió, visszahúzódás a szociális kapcsolatokról

Viselkedésbeli (nem szexuális) mutatók minden gyermek esetében

A problémák három típusát minden életkorban megtalálhatjuk:

- Kapcsolati problémák a kortársakkal
- Nehézségek az iskolában
- Hirtelen észrevehető változás a viselkedésben

Magas valószínűségű mutató minden életkori csoportban

Ha egy gyerek elmondja valakinek, hogy szexuálisan bántalmazták vagy bántalmazzák, nagyon nagy a valószínűsége annak, hogy igazat mond. Nagyon ritkán fordul elő, hogy a gyermeknek érdekében álljon hamisan vádolni valakit (a bejelentett esetek 1–5%-a esetében, és ilyenkor is meg kell vizsgálni, hogy milyen problémák állnak a háttérben). Így, amíg nincs arra alapos bizonyíték, hogy az állítás hamis, a gyermek beszámolója fontos jelzője annak, hogy a gyermeket szexuálisan bántalmazták.

¹¹ Winnicott által leírt „tranzicionális” tárgy, amelyik a gyermek számára a szeretet személyt helyettesíti, képviseli (lehet az plüssmaci, takaró, cumi stb.).

A szexuálisan bántalmazott gyermekek viselkedésében egész sor olyan tünet mutatkozik, amely tükrözi a bántalmazás jellemzőit és a módot, ahogyan ők ezzel megküzdnek. Megerősíthető a szexuális bántalmazás gyanúja, ha a bemutatottak közül a gyermeknél több jellemző is jelentkezik, különösen, ha szexuális és nem szexuális viselkedéselemek kombinálódnak. Pl. serdülőkorú lányok esetében gyakori viselkedési minta: promiszkuitás, szerabúzus és öngyilkossági kísérletek. Hasonlóképpen, a fizikai és szexuális tünetek jelenléte növeli a szexuális visszaélés valószínűségét. Ugyanakkor e jellemzők hiánya nem jelenti azt, hogy nem történt szexuális bántalmazás. Van der Kolk szerint (2009) a traumatizált gyerekek nagyon nagy százalékanak nincsenek olyan klinikai tünetei, amelyeket a jelenlegi diagnosztikai eszközökkel ki lehetne mutatni.

A szexuális bántalmazás hosszú távú következményei

Manilo (2009) meta-analitikus tanulmányában arra a következtetésre jutott, hogy szexuális bántalmazás hosszú távú következményeit leginkább a poszt-traumás stressz zavar tüneteivel lehet leginkább leírni: szorongás, depresszió, öngyilkossági késztetések, kísérletek, disszociáció. Az ismételt áldozattá válást is szignifikáns és erős összefüggést mutatott a szexuális bántalmazással, de összekapcsolható a borderline személyiségzavarral, alkohol- és drog-használattal, s bár kisebb mértékben, de evészavarokkal, kockázatos szexuális viselkedéssel, lelassult kognitív működéssel. A szexuális bántalmazók élettörténetében jóval gyakrabban szerepel szexuális bántalmazás, mint az átlagpopulációban vagy nem szexuális bűnelkövetők életében. A gyerekkorában szexuálisan bántalmazott felnőtt kevésbé képes a gyermekét megvédeni, mint a nem bántalmazott felnőttek (Hornor, 2010). Van der Kolk (2009) szerint a traumás fejlődési zavar diagnosztikai kritériumaival lehetne leginkább leírni a következményeket, amely magába foglalja az önszabályozás nehézségét traumával kapcsolatos ingerek esetén, valamint a negatív hangulati elemeket és gondolati tartalmakat. A szexuális PTSD egy olyan tünetcsoport, amelyet kifejezetten a szexualitás területén jelentkező poszt traumás következmények leírására dolgoztak ki, a mely magába foglalhat olyan tüneteket, mint a szextől való teljes elzárkózása,

szexuális tevékenység közben vagy után jelentkező ingerelárasztás (pl képek, hangok, negatív érzések jelentkezése).

Úgy a PTSD, mint a szexuális PTSD-t jelentkezhethet úgy az áldozatoknál, mint szakembereknél, akik munkájuk révén ki vannak téve olyan anyagoknak, amelyben gyerekeket szexuálisan bántalmaznak (rendőrök, ügyészek, törvényszéki szakértő pszichológusok, stb) (Gewirtz-Meydan et al, 2023, 2024)

A szexuális bántalmazás felfedése

Nehéz a gyerekeknek beszélgetést kezdeményezniük egy olyan titkos, szorongásteli tapasztalatról, mint szexuális bántalmazás. Kell hozzá egy személy aki meghallgatja, de kellenek körülmények is. Az ezzel kapcsolatos kutatások arról számolnak be, hogy a szexuális bántalmazás felfedése egy folyamat, melyben először egy részletet osztanak meg, majd esetleg egyre többet. Nagyon gyakran először egy kortársnak mondanak el részleteket. (Landberg et al, 2023). A gyerekeknek nehéz olyan helyzeteket találniuk, amelyek elegendő intimitást biztosítanak, és arra ösztönzik, hogy a fontos felnőtteknek feltárják tapasztalataikat. A gyerekek általában olyan helyzetekben tárják fel tapasztalataikat, amikor a szexuális erőszak témája valamilyen formában érintve volt (Jensen et al., 2005). A szexuális abúzus nyilvánosságra hozatala Kirkner és mtsai (2024) szerint egy párbeszédese folyamat, amelyben szükséges, hogy a gyerekek érzékeljék, hogy van lehetőség a beszélgetésre, legyen világos a beszélgetés célja, és létrejöjjön a kapcsolat a szexuális erőszak témával, amiről beszélnek.

Mi akadályozza meg a gyerekeket abban, hogy beszéljenek? A szakirodalom több tényezőt is felsorol: félnek a mások reakcióitól, tartanak a családjukat és az elkövetőt érintő következményektől, védik az elkövetőt, aki sok esetben egy közeli családtag vagy más gondozó, fének attól, hogy esetleg a helyzet rosszabb lesz. Az állami gondozásban lévő gyerekek esetén ezekhez még hozzáadódik a fizikai épségükért való aggodás, az, hogy nem bíznak a rendszerben, esetleg nem akarnak a nevelőszülőktől vagy otthontól megválni (Kirkner et al., 2024). A nők által elkövetett szexuális bántalmazás társadalmi megítélése Tsopelas és mtsai (2012) szerint sokkal enyhébb, mint

a férfiak által elkövetett bántalmazása és nagyobb az esélye, hogy az áldozatnak nem hisznek.

Attól a perctől fogva, hogy valaki tud róla, a túlélő újabb kockázatnak van kitéve: megkérdőjelezhetővé, félremagyarázhatóvá válik a narratívája. Egy-egy gyerek időnként olyan erős negatív reakciókat tapasztal, hogy azok újra traumatizálhatják (ezek érkezhetnek akár a család, akár egy intézmény: pl iskola, gyerekotthon vagy vallási intézmény részéről, de egy egész közösségtől is). A negatív reakciók egy előzetes feltárással nyilvánvalóan megnehezítik a tapasztalatoknak egy későbbi időpontban való felfedését. A fentiek fényében fontos a szülők, szakemberek és kortársak informálása, hogy megteremthetők legyenek a feltárással és a gyerekek támogatásával kapcsolatos feltételei. A gyerekeknek szükségük van lehetőségre és egy támogató rendszerre, hogy felfedjék a szexuális bántalmazással kapcsolatos tapasztalataikat, de arra is, hogy minél több kontrolljuk legyen a feltárási folyamatban (Jensen et al, 2005, Landberg et al, 2023).

A megelőzés stratégiái

Finkelhor (2009) szerint a szexuális bántalmazás megelőzése a következő stratégiák mentén képzelhető el:

1. *Iskolai programok* melyek célja olyan készségek kialakítása, mint: a veszélyes helyzetek felismerése, egy esetleges bántalmazó visszautasítása, interakciók megszakítása, valamint a büntudat csökkentése és a segítségkérés lehetővé tétele az áldozatok számára
2. *Az elkövetők utákövetése* magába foglalja nyilvántartásukat, a közösség tájékoztatását, az életük szabályozását, hosszabb börtönbüntetések kiszabását
3. *Korai beavatkozás és szolgáltatások elkövetőknek* (elsősorban fiatalok elkövetőknek) Az a hiedelem, hogy a szexuális bántalmazás elkövetőivel való munka eredménytelen lenne, egy túlegyszerűsítés. A valóságban a visszaesés aránya szexuális elkövetők esetén kisebb, mint más bűncselekmények esetén.
4. *Terápiás szolgáltatások az áldozatoknak* a hosszú távú következmények csökkentése és a reviktimizáció csökkentése céljából

Irodalomjegyzék

- Antal, I., Roth, M., Dávid-Kacsó, Á., Voicu, C., Szász, R., Mezei, E. (2012), The Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect (BECAN) in Romania. *Revista de Asistență Socială* nr. 2.
- Bagley, C., & Young, L. (1987). Juvenile prostitution and child sexual abuse: A controlled study. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6, 5–26.
- Browne, K., Cartana, Momeu, L., Paunescu, G., Petre N. și Tokay (2002). *Copilul abuzat și neglijat în familie: studiu național 2000*, ANPCA, OMS, Banca Mondială, București. www.copii.ro
- Browne, A and Finkelhor, D. (1986). Four Traumagenic Dynamics – In: Finkelhor D. (ed.) *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*, Sage Publications, Beverly Hills, , pp.180–198.
- Conte, J.R. (1997). A gyerekekkel szembeni szexuális erőszak. In: Z. Lakner, K. Tordai-Vida & V. Tordai (eds). *Gyermekebántalmazás I.* 139–163. Esztergom: Kalendart Kiadó.
- Faller, C. K. (1993) Child Sexual Abuse: Intervention and Treatment Issues. US Department of Health and Human Services.
- Eryl A. Davies, Alyson C. Jones (2013) Risk factors in child sexual abuse, *Journal of Forensic and Legal Medicine*, Volume 20, Issue 3, Pages 146-150, ISSN 1752-928X, <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2012.06.005>.(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1752928X12001448>)
- Finkelhor, D., Shattuck, A. , Turner, H.A. , Hamby, S.L. (2014). The Lifetime Prevalence of Child Sexual Abuse and Sexual Assault Assessed in Late Adolescence. *Journal of Adolescent Health*
- Finkelhor, D, Jones, L. (2012) Have Sexual Abuse and Physical Abuse Declined Since the 1990s? *Crimes against Children*. November
- Finkelhor, D. (2009). The Prevention of Childhood Sexual Abuse. The future of children. VOL. 19 / NO. 2 / FALL
- Finkelhor, D., Berliner, L. (1995). Research on The Treatment of Sexually Abused Children: A Review and Recommendations, *J.American Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34:11, November.
- Finkelhor, D. (1994). Current Information on the Scope and Nature of Child Sexual Abuse, The Future of Children. *Sexual abuse of children*. Vol. 4. No. 2.
- Finkelhor, D., Sutton, S., Turner, H., Colburn, D. (2024): How Risky is Online Sexting by Minors?, *Journal of Child Sexual Abuse*, DOI: 10.1080/10538712.2024.2324838

- Gewirtz-Meydan, A., , Mitchell, K.J., O'Brien, J E. (2024) Sexual posttraumatic stress among investigators of CSAM Original Article Policing 3 <https://academic.oup.com/policing/article/doi/10.1093/police/paad052/7243870>
- Gewirtz-Meydan, A. and Lassri, D. (2023). 'Sex in the Shadow of Child Sexual Abuse: The Development and Psychometric Evaluation of the Post-Traumatic Sexuality (PT-SEX) Scale'. *Journal of Interpersonal Violence* 38(5–6): 4714–4741. doi:10.1177/08862605221118969.
- Gail Hornor, G. (2010) Child Sexual Abuse: Consequences and Implications, *Journal of Pediatric Health Care*, Volume 24, Issue 6, 2010, Pages 358-364, ISSN 0891-5245, <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.07.003>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891524509002089>)
- Jensen, T.K. Wenke Gulbrandsen c, Svein Mossige d, Sissel Reichelt a, Odd Arne Tjersland (2005) Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure *Child Abuse & Neglect* 29 1395–1413 2005, doi:10.1016/j.chiabu.2005.07.004 1396
- Kirkner, A., Goodman, K., Mullin, T.M., Wright, A W (2024) Sexual abuse and disclosure concerns of youth in foster care, *Child Abuse & Neglect* 149(1):106658, DOI: 10.1016/j.chiabu.2024.106658
- Kong, J. E. (2019). Attachment Insecurity Predicts Child Abuse Potential Among Postpartum Couples. *Child Abuse & Neglect*, 90, 140-149. doi:10.1016/j.chiabu.2019.01.009
- Kemp, A. (1998). *Abuse in the family: An introduction*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Luca, C. (2003). Lucrearea: *Managementul grupurilor de consiliere cu agresori sexuali*, Psihologie Managerială și Managementul Relațional, Universitatea de Stat „Alecu Russo” Bălți, Republica Moldova.
- Luca, C. (2023) Expertiza psihologică a victimelor minore și majore. Suport de curs.
- Landberg, Å, Kaldal, A, Eriksson, M. (2023) Paths of disclosure -The process of sharing experiences of child sexual abuse *Children & Society* 37(1):1-20, DOI: 10.1111/chso.12710
- Mitchell, K. J., Gewirtz-Meydan, A., O'Brien, J., & Finkelhor, D. (2022) Practices and Policies Around Wellness: Insights From the Internet Crimes Against Children Task Force Network. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 931268.
- Pinheiro (2006) Word report on violence against children. <https://www.unicef.org/violencestudy/reports.html>, letöltve 2018 április 22.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review* 29 (2009) 647–657

- Wilson, H.W. and Widom, C.S. (2010), The Role of Youth Problem Behaviors in the Path From Child Abuse and Neglect to Prostitution: A Prospective Examination. *Journal of Research on Adolescence*, 20: 210-236. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2009.00624.x>
- World Health Organization (2002). *World Report on violence and health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO), London School of Hygiene and Tropical Medicine. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women. Taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization.

5.

A GYERMEK ELHANYAGOLÁSA

Dávid-Kacsó Ágnes

Az elhanyagolás a gyermekbántalmazás legkevésbé kutatott területét képezi (Proctor és Dubowitz, 2014), bár leggyakrabban krónikus jellegű és hatásait tekintve éppen olyan súlyos, mint a többi forma. Abban, hogy mégis kevesebb figyelmet kap, jelentős szerepet játszhat az a tény, hogy nehezen megfogható jelenségről van szó: nem bizonyos cselekedetekben nyilvánul meg, hanem ezek hiányában, ritkán kapcsolható szándékossághoz és a gyermek számára okozott negatív hatások gyakran csak hosszútávon mutatkoznak meg. Bár a gyermekekkel szembeni rossz bánásmód formák között az elhanyagolás az, amely a leginkább kapcsolódik a szegénységhez, fontos megjegyeznünk, hogy minden társadalmi osztályban előfordul, főleg, ha olyan elhanyagolás-formákra gondolunk, mint a gyermek felügyeletének elmaradása pl. szülői függőségek esetén vagy a gyermek monitorizálásának hiánya (Vanderminde és mtsai, 2019).

Meghatározás és formák

Az elhanyagolás meghatározásával kapcsolatban nincs konszenzus. Ugyanúgy, ahogy a fizikai fegyelmezés és a bántalmazás között nehezen húzható meg a határ, az elhanyagolás esetén is nehéz megtalálni azt a választóvonalat, amely a kevésbé optimális szülői gyakorlatot elválasztja az

elhanyagolástól. Bizonyos esetek, például, mikor a súlyosan beteg gyermek nem kap orvosi ellátást vagy a csecsemő felügyelet nélkül marad, egyértelműen besorolhatók az elhanyagolás kategóriájába, vannak viszont olyan, akár súlyos következményekkel járó esetek is, amikor nehéz eldönteni, hogy a gondozó viselkedése elhanyagolásnak tekinthető-e. A gyakorlatban a következmény mellett számos tényezőt, pl. a szülők, család, otthon jellemzőit, a szülő gyermeknevelési múltját, a gyermek életkorát, képességeit és viselkedését, a társadalmi normákat és kulturális sajátosságokat figyelembe véve tekintenek egy bizonyos állapotot elhanyagolásnak (Proctor & Dubowitz, 2014).

A meghatározások egyik kategóriája – ide tartoznak a törvényekbe foglalt definíciók – a szülő vagy gondozó bizonyos cselekedeteinek elmaradásaként határozza meg az elhanyagolást. Ezek a meghatározások a szülő vagy gondozó képtelenségeként emelik ki arra, hogy a gyermek számára megfelelő táplálékot, ruházatot, hajlékot, orvosi ellátást, felügyeletet vagy oktatást biztosítson, ami a gyermek egészségének, biztonságának és jóllétének aktuális vagy potenciális károsodását okozza (Legea 272/2004).

A meghatározások másik kategóriája a gyermekek kielégítetlen szükségleteire helyezi a hangsúlyt: eszerint elhanyagolásról akkor beszélünk, amikor a gyermek szükségletei nincsenek kielégítve és ez a gyermek aktuális vagy potenciális károsodásához vezet (Dubowitz, et al., 2005; Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). Az említett szerzők szerint ez a megközelítés kevésbé megbélyegző és konstruktívabb, és figyelembe véve azt a körülményt is, hogy a legtöbb elhanyagolt gyermek a családjában marad, a gyermekek szükségleteinek a középpontba állítása megfelelőbb kiindulópontot biztosít a szülőkkel való munkához. A szülők szerepét az elhanyagolás problémájában természetesen ez a megközelítés is elismeri. A kielégítetlen szükséglet központú megközelítés ugyanakkor kiemeli a szülőkön kívül a többi társadalmi tényező szerepét is az elhanyagolás előfordulásában, hisz Cicchetti & Lynch (1993) ökológiai-tranzakcionális elmélete szerint a szülők kontrollján kívül eső mikro- és makroszintű társadalmi tényezők illetve ezek kölcsönhatása alapvető szerepet játszanak a gyermek anyagi, egészségügyi, oktatási, stb. szükségleteinek

kielégítésében. A gyermekek szükségleteinek ki nem elégítése például egészségbiztosítás hiányában, marginalizált közösségekben, egészségtelen lakókörnyezetben, hajléktalanság esetén vagy az intézeti elhelyezés során *társadalmi szintű, strukturális elhanyagolásnak tekinthető* (Proctor & Dubowitz, 2014). Az elhanyagolás gyermekcentrikus megközelítése mellett szólnak azok a nyilvánosságra került adatok is, amelyek bizonyítják, hogy bizonyos etnikai csoportokhoz tartozó gyerekeket nagyobb valószínűséggel emelnek ki családjaikból (Newton, 2019).

A meghatározások elfogadása ellenére, sok bizonytalanság marad az elhanyagolás esetek azonosítása körül, amelyek több okra vezethetők vissza. A bizonytalanság egyik forrása abból ered, hogy a gyerekek szükségleteinek kielégítése egy folytonos vonal mentén képzelhető el, ami az „egyáltalán nincs kielégítve” végponttól a „teljes mértékben ki van elégítve” fele halad. Mivel a gyermek szükséglete általában bizonyos mértékig ki van elégítve, nehéz azonosítani azt a pontot, ahonnan már elhanyagolásról beszélünk: pl. rendszeresen fogyasztott egészségtelen táplálék, bizonyos tápanyagok hiánya vagy a rendszeres éhezés az, ami elhanyagolásnak tekinthető (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). Az, hogy egy jelenség elhanyagolásnak tekinthető-e, függ a gyerek fejlődési stádiumától, a társadalom és a család kulturális sajátosságaitól és a perceptuális torzításoktól (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022).

A különböző *fejlődési stádiumban* levő gyerekeknek különböző szükségleteik vannak, de alacsony a konszenzus arra vonatkozóan, hogy a különböző életkorokban mi tekinthető elhanyagolásnak (pl. hány éves korban hagyható egy gyerek otthon egyedül)(Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). Hicks és Stein (2015) kutatása arra hívta fel a figyelmet, hogy a serdülők sokrétű szükségleteinek a ki nem elégítése fölött gyakran szemet húnyanak a szakszolgálatok, és bár gyakran a családban betöltött sokrétű feladataik a fejlődési szükségleteik kárára vannak, nem kapnak megfelelő segítséget. Ugyanakkor, a serdülők családjai nagyobb eséllyel bomlanak fel, mint a kisgyerekes családok, és a serdülőkkel végzett interjúkból az derült ki, hogy ez a korosztály gyakrabban tapasztalja az érzelmi szükségleteinek az elhanyagolását (Hicks & Stein, 2015).

A kulturális és társadalmi sajátosságok nagymértékben befolyásolják azt, hogy mi tekinthető elhanyagolásnak, például kulturálisan meghatározott, hogy milyen viselkedéseket tekintenek elvárhatónak a gyerek részéről, annak biztonsága veszélyeztetése nélkül (Flynn, Shaman & Redleaf, 2023). Az, hogy egy gyermeknek milyen fejlődési szükségletei vannak, szorosan összekapcsolódik azzal is, hogy az illető társadalomban milyen jellemzői vannak a kívánatos felnőtt viselkedésnek. Az elvárt szülői viselkedés ugyancsak kultúrafüggő és gyerekekre kifejtett hatása is az adott kultúrán belüli elvárásoktól függ (Elwakeel, Mahpur & Saadati, 2024). Például, egy hierarchikus társadalomban a gyermek érdeke, hogy megtanuljon az autoritásnak engedelmeskedni, mivel ez segíti a beilleszkedését. Egy ilyen társadalomban éppen a személyközpontú megközelítés okozna a gyerek számára beilleszkedési nehézségeket. Egy közösség kulturális sajátosságainak figyelmen kívül hagyása oda vezethet, hogy bizonyos etnikumhoz kapcsolódó családokból nagyobb eséllyel emelik ki a gyerekeket (Newton, 2019). Ezzel együtt Proctor & Dubowitz (2014) megjegyzi, hogy egy viselkedés kulturálisan elfogadott jellege még nem jelenti azt, hogy az nem ártalmas a gyermekre.

A *nemnek* is szerepe van az elhanyagolás megítélésben, mind a gyerekekre, mind a szülőre vonatkozóan: például az anyák viselkedését gyakrabban ítélik elhanyagolónak, azonban, ha az apákhoz kötik az elhanyagolást, általában súlyosabbak lesznek a következmények. Ha a gyerek és szülő neme megegyezik, nagyobb eséllyel ítélnék egy szülői viselkedést elhanyagolónak (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022).

Az elhanyagolásra vonatkozó meghatározások jelentős összetevője, hogy a gyermek aktuális vagy potenciális károsodását tekinti kulcsfontosságúnak (Dubowitz és mtsai., 2005), ugyanis míg bizonyos esetekben az elhanyagolás azonnali súlyos következményekkel jár, nagyon sokszor egy epizód nyomán a gyerek nem károsodik, csak hosszútávon mutatkozik meg a krónikusan megnyilvánuló elhanyagolás kumulatív negatív hatása.

A gyermek ki nem elégített szükségletének természete szerint fizikai, érzelmi, egészségügyi, felügyeleti, környezeti és oktatási elhanyagolásról

beszélhetünk (Johnson, Welch & Wilhelm, 2013). A *fizikai elhanyagolás* azokra az esetekre vonatkozik, amikor a gyermek alapvető szükségletei (élelem, ital, lakhatás, ruházat, stb.) tartósan nincsenek kielégítve. Az *érzelmi elhanyagolás* a gyermeknek azon szükségletének figyelmen kívül hagyására vonatkozik, hogy érzékeny, érzelmileg meleg gondozásban legyen része egy kötődési személy részéről. *Egészségügyi elhanyagolásról* akkor beszélünk, amikor egy gyermek számára nem biztosítják azt az egészségügyi ellátást, amely a gyógyulásához vezetne, vagy amellyel megelőzhető lenne az állapota romlása. *Felügyeleti elhanyagolás* esetén a felelős személy elmulasztja a gyermek monitorizálást, aminek következtében annak a biztonsága veszélybe kerül (pl. veszélyes tárgyakat elérhető közelségben tartani, egyedül vagy nem megfelelő felnőtt felügyelete alatt hagyni a gyereket, stb.). A *környezeti elhanyagolás* összekapcsolható a fizikai és felügyeleti elhanyagolással, és azokra a helyzetekre vonatkozik, amikor a gyerek környezete nem tiszta, ami által az egészsége veszélybe kerülhet (piszkos ruhákban jár, romlott ételek vagy kártevők vannak a lakásban, stb.). Az *oktatási elhanyagolás* a gyermek oktatási intézménybe való beiratásának elmaradását, illetve az iskolába járás akadályozását jelenti (Johnson, Welch & Wilhelm, 2013).

Az elhanyagolás típusa mellett jelentőséggel bír annak súlyossága, gyakorisága, fejlődési időzítése, krónikus jellege, illetve más bántalmazási formákkal való együttes megjelenése. Az *elhanyagolás súlyossága* a káros következmény megjelenésének valószínűségére utal: minél nagyobb az esélye annak, hogy az elhanyagolás következtében a gyermek károsodik, annál súlyosabb az elhanyagolás. A potenciális károsodás esélyének megállapításánál azonban figyelembe kell venni a kontextust: van olyan nyolc éves gyerek, aki nyugodtan hagyható otthon egyedül egy pár órára, míg más, ugyanilyen életkorú gyerek esetén ez veszély forrása lehet (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). Általában bizonyos helyzetek akkor vonnak maguk után káros következményeket, ha ismétlődnek, így a *krónikus jelleg* fontos szerepet játszik egy körülménynek elhanyagolássá minősítésében. A hosszú ideig fennálló súlyos bántalmazás esetek felfoghatók elhanyagolásként is, mert az ignorálásuk hozzájárul a károsító hatásukhoz. Másrészt, például csecsemők vagy kisgyerekek esetén, a gyermek felügyeletének akár egyszeri elmaradása is súlyos

következményekhez vezethet, ami aláhúzza az elhanyagolás pontos körülhatárolásának nehézségeit (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). A *fejlődési időzítés* azért kap jelentőséget, mert a gyermek szükségletei változnak a különböző fejlődési szakaszokban, így ugyanaz a helyzet más következményeket von maga után az érintett gyerek életkorától függően (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022).

Az alábbiakban a különböző elhanyagolási formákat illetve ezek következményeit mutatjuk be Dubowitz és mtsai (2005, p.176-177) alapján:

1.sz.táblázat. Az elhanyagolás különböző formái és következményei

Elhanyagolási forma	Következmény
Nem megfelelő (vagy elégséges) táplálék	a mentális fejlődés károsodása
	internalizált viselkedésproblémák (visszahúzódás, szorongás, depresszió)
	alacsony születési súly
	organikus okokra vissza nem vezethető fejlődési lemaradás (failure-to-thrive)
	elhízás
A gyermek számára veszélyes otthoni környezet	tűzesetek
	veszélyes eszközökhöz való hozzáférés
	magasból történő leesés
	toxikus anyagokkal való érintkezés
Nem megfelelő személyes higiénia	egészségkárosodás
Nem megfelelő egészségügy	kezeletlen súlyos sérülések
	nem azonosított vagy kezeletlen egészségügyi problémák
	kezeletlen fogászati problémák
	halálesetek
Nem megfelelő mentális egészségügy	öngyilkosság
	bűnözés
Nem megfelelő érzelmi támogatás/ szeretet	externalizációs problémák (agresszivitás, bűnözés, hiperaktivitás)
	alacsony iskolai teljesítmény
Nem megfelelő szülői irányítás és struktúra	viselkedésproblémák, kockázati viselkedések (szexuális kockázati viselkedés, alkohol/drog fogyasztás, iskolakerülés, erőszakos cselekmények)

Elhanyagolási forma	Következmény
Nem megfelelő kognitív stimuláció	megkésett mozgás- és beszédfejlődés, gyenge társas készségek, gyenge kognitív képességek, alacsony teljesítmény, megkésett szocioemocionális és kognitív fejlődés, nem adaptív (agresszív) coping stratégiák
Instabil gondozói kapcsolat	bizonytalan kötődés
	externalizációs és internalizációs problémák
Instabil életkörülmények	externalizációs és internalizációs problémák
	szorongás
Családon belüli konfliktusok/erőszak	egészségproblémák
	externalizációs és internalizációs problémák
	poszttraumás stressz zavar
Közösségi erőszak/biztonság hiánya a lakóköznyezetben	viselkedésproblémák
	alkalmazkodási nehézségek az iskolában
	rendszeretlen iskolalátogatás
	megnövekedett stressz szint
	csökkent szociális alkalmazkodó képesség

Forrás: Dubowitz, és mtsai. (2005, p.176-177)

Az elhanyagolás gyakorisága

Az elhanyagolás gyakoriságának meghatározásakor beleütközünk azokba a nehézségekbe, amelyek a meghatározások képlékenységből fakadnak. Bizonyos esetekben elhanyagolásnak tekintik, ha a gyermek szerint rossz minőségű és nem laktató az étel az otthonában vagy nem vesznek neki játékokat (pl. Agenția Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului, 2002), de vannak olyan felmérések is, amelyek megpróbálják szétválasztani az elhanyagolást a szegénység okozta nélkülözéstől (pl. Antal és mtsai, 2012). Proctor & Dubowitz (2014) azokat az eseteket, amikor a gyerekek szükségletei a szociálpolitika elégtelensége vagy a szolgáltatások hiányossága miatt nincsenek kielégítve, *társadalmi elhanyagolásnak* tekinti: ide tartoznak azok az esetek, amikor a gyermekek pénz hiányában nem jutnak

megfelelő élelemhez vagy orvosi ellátáshoz, az oktatási rendszer vagy az infrastruktúra hiányosságai miatt nem járnak iskolába, vagy hajléktalanok. A strukturális elhanyagolás sjaatos formája a gyermekvédelmi intézményekben történő elhanyagolás.

A statisztikákban tükrözött gyakoriság különbözik aszerint, hogy a gyermekeket vagy a szülőket kérdezik, vagy a gyermekvédelmi hatóságok által nyilvántartott eseteket veszik számba. Elias, Blais, Williams & Burke (2018) adatai szerint az Amerikai Egyesült Államokban a gyermekvédelmi hatóságok felé 2015-ben jelentett gyermekbántalmazás esetek 75%-ban az elhanyagolás volt az azonosított bántalmazási forma. Ez az arány nagyon hasonló maradt 2017-re is, amikor a jelentett elhanyagolás esetek 4-szer gyakoribbak voltak, mint a fizikai bántalmazás és 9-szer gyakoribbak, mint a jelentett szexuális bántalmazás esetek (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). Az elhanyagolás, és általában a bántalmazás gyakoriságának a felmérésénél figyelembe kell venni, hogy az esetek nagy része nem kerül a gyermekvédelmi hatóságok figyelmébe, ezért jelentősek az önkitöltős kérdőívek (Sedlak, és mtsai., 2010). Egy, a gyermekbántalmazás gyakoriságára vonatkozó, Egyesült Államokban végzett felmérés adatai szerint a 0-7 évesek 15%-a volt elhanyagolás áldozata az élete folyamán, míg az utolsó évre vonatkozó adatok szerint ez az arány 6% volt (Vanderminde és mtsai, 2019).

Az Egyesült Államokbeli eredményekhez hasonlóan Romániában is az összes jelentett bántalmazási forma legnagyobb arányát az elhanyagolás teszi ki, ami 2018-ban 73.31% volt (Statista, 2018). Figyelembe véve, hogy 2023-ban 39 % volt a szegénység és társadalmi kirekesztettség kockázatának az aránya a gyermekek körében (Eurostat, 2024), és tudva azt, hogy a szegénység és elhanyagolás között szoros kapcsolat mutatható ki, képet alkothatunk a jelenség elterjedtségéről az országban. A Save the Children Romania (Organizația „Salvați Copiii”) szervezet 2020-as felmérésében szülők és tanulók alkotta, országosan reprezentatív mintát használva vizsgálták a különböző gyermekbántalmazási formák gyakoriságát. A minta 880 felnőtt háztarast és 1115 iskoláskorú fiataalt foglalt magába. A mintavétel rétegelt volt fejlettségi régió, a település jellege(falu-város), illetve a település mérete szerint (nagyváros, közepes város, kisváros, nagy falu, kis falu). A

felnőtt minta reprezentatív volt Románia lakosságára, a gyermek minta pedig a romániai iskolás populációra. Az eredmények szerint a megkérdezett gyerekek 23%-a válaszolta, hogy megörténik, hogy éjszakára egyedül marad, 20% maradt már több napig egyedül. Feltűnő az egészségügyi elhanyagolás gyakorisága: a megkérdezett gyerekek 26% válaszolta, hogy megtörténik, hogy nem látja orvos, amikor beteg és 13% -nak nem vásároltak orvosságot, amikor beteg volt. Ez az elhanyagolási forma kapcsolatban van a gyerek életkorával, minél nagyobb a gyerek, annál nagyobb az esélye, hogy ne lássa orvos, ha megbetegszik (az elemisták 15%-a, az általános iskolások 27%-a és a líceumi tanulók 32% volt ebben a helyzetben). A megkérdezettek 8%-a válaszolta, hogy megtörténik, hogy nem megy iskolába, mert a kisebb testvéreire kell vigyáznia, és 4% szerint megtörtént, hogy több napot hiányzott otthonról anélkül, hogy a szülei tudták volna, hogy hol van (Organizația Salvați Copii, 2021)

Egy gyermekbántalmazásra vonatkozó, a Balkán országaira kiterjedő, átfogó kutatás keretében mérték a különböző bántalmazásformák gyakoriságát az iskolás populációra egy Romániára reprezentatív mintában. A kutatás keretében a 11, 13 és 16 éves korosztály töltötte ki a kérdőíveket - ICAST-CH (IPSCAN, 2006a) - amelyekből összesen 5918 érvényes válasz származott. Az elhanyagolásra vonatkozó kérdések elsősorban az érzelmi szükségleteket érintették. A megkérdezett gyerekek és fiatalok 11,27%-a válaszolta azt, hogy megtörtént, hogy úgy érezte, hogy senki sem törődik vele (8.61%-a legalább hetente egyszer érezte így), 15,73% érezte úgy, hogy nem számít a családja számára (14,29% hetente) és 14,24% érezte már úgy, hogy amikor szüksége lenne rá, a családja nem támogatja (14,09% hetente). A kutatás során a szülők is kitöltötték a kérdőív szülői változatát - ICAST-P (IPSCAN, 2006b). A szülői kérdőívekből az elhanyagolás jóval kisebb aránya mutatkozik meg: a szülők 7% érezte úgy, hogy nem nyújtott mindig megfelelő gondozást a gyerekeinek és nem támogatta mindig, amikor szüksége lett volna rá. A szülők és gyerekek elhanyagolásra vonatkozó percepciója között a 16 éves korosztály esetében volt a legnagyobb az eltérés: míg a 16 évesek 23%-a érezte úgy, hogy családja nem figyel mindig érzelmi szükségleteire (szemben a 13 évesek 19,2 és a 11 évesek 14,9%-val), addig a 16 évesek szüleinek 5,5%-a érzett hasonlóan gyermeke szükségleteire

vonatkozóan, szemben a 13 és 11 évesek szüleinek a 7,7%-val. Ezekből az eredményekből nehéz bármilyen következtetést levonni, hiszen serdülőkorban a szülők részéről tapasztalt túlzott kontroll és a túlzott autonómia egyaránt oda vezethet, hogy a serdülő úgy érzi, hogy a családja számára az ő szükségletei nem elég fontosak (Antal és mtsai, 2012; Nikolaidis és mtsai, 2018).

Az elhanyagolás okai

Az elhanyagolás, akár a többi bántalmazási forma, nem vezethető vissza egyetlen jól körülírt okra, a gyermek alapvető szükségleteinek ki nem elégítése az öt körülvevő, különböző szintű rendszerek közötti interakciók eredménye (Belsky, 1980; Cicchetti & Lynch, 1993). Számos kutatás foglalkozott az elhanyagolásban szerepet játszó kockázati és védő tényezők azonosításával, illetve azoknak a moderált és mediált utaknak a bizonyításával, amelyekeken keresztül ezek a tényezők oda vezetnek, hogy a gyermek szükségletei nem lesznek kielégítve. Az elhanyagolás kockázati és védő tényezői, csakúgy, mint a többi bántalmazási forma esetén, a gyermek sajátosságaihoz, a szülő és a család jellemzőihez, illetve a tágabb társadalmi kontextushoz köthetők, annak kiemelésével, hogy a proximális tényezők (elsősorban a szülőhöz és családhoz köthetők) nagyobb szerepet játszanak, mint a disztálisok (társadalmi tényezők)(Mulder és mtsai, 2018).

Az elhanyagolás gyermekhez köthető kockázati tényezői

Anélkül, hogy bárki is azt próbálná sugallni, hogy a gyermek bármi módon hibáztatható az őt érő elhanyagolásért, kutatások bizonyítják, hogy bizonyos gyerekek esetében nagyobb az esély, hogy elhanyagolás áldozatai legyenek. Ilyenformán, kutatások eredményei azt mutatják, hogy a mentális és fizikai egészséggel kapcsolatos, valamint viselkedésproblémákkal rendelkező gyerekek szükségletei nagyobb eséllyel nem kerülnek kielégítésre (Avdibegović & Brkić, 2020). Mulder és mtsai (2018), egy metaanalízis során, mely 36, elhanyagolással foglalkozó kutatást foglalt magába és 19 851 elhanyagolt gyermek adataira terjedt ki, azt találták, hogy a születés körüli problémák, valamint a gyermek mentális, fizikai és

viselkedési problémái szignifikáns kockázati tényezői voltak az elhanyagolásnak. Az említett szerzők eredményei szerint a gyermek etnikuma is szignifikáns kockázati tényezőnek számított a kutatásokban, de a szerzők kiemelik, hogy ennek az adatnak az értelmezésénél figyelembe kell venni, hogy a gyermek etnikuma tulajdonképpen a kultúrájára utal, ráadásul a metaanalízisban szereplő tanulmányokban a fehértől eltérő etnikumú családok kisebbségi státusban éltek, így az etnikum, mint a gyermekhez köthető kockázati tényező értelmezésénél indokolt az óvatosság (Mulder és mtsai, 2018).

Az elhanyagolás szülőkhöz köthető kockázati tényezői

A szülőkhöz köthető demográfiai tényezők közül a szülők fiatal kora, az alacsony iskolázottsági szintje és etnikai kisebbségi státusa az, ami növeli az elhanyagolás kockázatát (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022).

A szülők információ feldolgozási módja – ami magába foglalja az elvárásaikat a gyermek viselkedésére vonatkozóan, a végrehajtó funkcióik működését és a problémamegoldó készségeiket– kapcsolatba hozható az elhanyagolással. Azok a szülők, akik elvárásaikban rugalmatlanok, nem tudják azokat a gyermek reális fejlettségi szintjéhez adaptálni, így a gyereket számára veszélyes helyzeteknek tehetik ki, növelve a sérülések kockázatát (Azar, Miller, Stevenson & Johnson, 2017; McGuier, Azar & Britt, 2024). A gyenge végrehajtó funkciók és problémamegoldó készségek következtében a szülők képtelenek megtervezni bizonyos tevékenységeket, előre látni a kockázatokat, monitorizálni a gyerek akcióit az aktuális környezetben és adaptálni a válaszaikat a környezeti feltételeknek megfelelően. Ugyanakkor, a gyenge végrehajtó funkcióval rendelkező szülők kisebb eséllyel tanulnak a gyermekeik sérüléseiből, hogy a jövőben elkerülhessék azt (Azar és mtsai, 2017). A szülői kognitív képességek egyéb zavara, például az egészség megőrzésére vonatkozó ismeretek hiánya és az egészségügyi személyzettel való kommunikációs nehézségek is hozzájárulhatnak a gyermek szükségletei kielégítésének elmaradásához. (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022; Logan-Greene & Semanchin Jones, 2018)

A szülő mentális problémáinak szerepét a gyermek elhanyagolásában számos kutatás megerősítette (pl. Mulder és mtsai., 2018; Logan-Greene &

Semanchin Jones, 2018). Mikolajczak, Brianda, Avalosse & Roskam (2018) rámutattak, hogy a *szülői kiégés* növeli annak esélyét, hogy a szülő elhanyagolja a gyermek szükségleteit, még akkor is, ha kontrollálták az iskolázottsági szintet, jövedelmet és függőségeket, ami azt jelenti, hogy elhanyagolás megjelenhet minden típusú családban. A *szülők által gyermekkorukban elszenvedett traumák* következtében is megtörténhet, hogy egy szülő elhanyagolja a gyerekei szükségleteit. Zhang és mtsai (2025) rámutattak a *kedvezőtlen gyermekkori tapasztalatok (ACEk)* szerepére a gyermek szükségleteinek elhanyagolásában. A szerzők kutatási eredményei szerint azok az anyák, akiknek volt kedvezőtlen gyermekkori tapasztalata, nagyobb eséllyel hanyagolták el gyermekeiket, mint akinek nem volt, és azok estében, akiknek több ilyen tapasztalata volt, az elhanyagolás súlyosabb volt. A *gyermekkorban elszenvedett fizikai és érzelmi elhanyagolás* csökkenti a gyermek szükségletei azonosításának képességét, illetve az olyan tevékenységek végrehajtásának az esélyét, amelyekkel a gyermek szükségletei kielégíthetők (Nakajima, 2024).

A *partnererőszak* a szülői stressz szint növelésével emeli annak az esélyét, hogy a szülő nem képes a gyermek szükségleteit kielégíteni, ugyanakkor az erőszakos otthoni környezet önmagában a gyermek biztonságos otthoni környezetre vonatkozó szükségletének a ki nem elégítését jelenti (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022).

Az elhanyagolás családi tényezői

Az elhanyagolással kapcsolatba hozható családi tényezők a következők: a szegénység, több gyerek a családban, egyedülálló szülők és az elérhető támogatás hiánya a gyermekgondozásban (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022; Mulder és mtsai, 2018). Az elhanyagoláshoz legszorosabban kapcsolódó kockázati tényező a szegénység (Kim, Chung & Ahn, 2023). A két tényező annyira összefonódik, hogy nehéz hatásukat különválasztani. Font & Maguire-Jack (2020) szerint gyakran mindaz, amit elhanyagolásként jelentenek a különböző szakemberek, az maga a szegénység. A 2016 és 2021 között végzett kutatások megerősítették azokat a korábbi eredményeket, amelyek szerint a szegénység megnöveli egy gyerek esélyét arra, hogy elhanyagolás vagy gyermekbántalmazás áldozata legyen (Bywaters és

mtsai, 2022). Míg a társadalmi szintű gazdasági problémák (például gazdasági válság) kapcsolatba hozható a gyermekbántalmazás kockázatának növekedésével, az elhanyagolás inkább az anyagi nehézségeknek a családi mikroszisztéma szintjén történő érzékelésével függ össze (Schneider, Waldfogel & Brooks-Gunn, 2017). A szegénységnek a gyermekbántalmazásra vonatkozó hatásait nézve nem oszthatók egyszerűen két csoportra a családok annak függvényében, hogy szegények vagy nem, inkább az evidencia arra vonatkozik, hogy minden tényező, mely növeli a család erőforrásait, csökkenti a gyermekbántalmazás és elhanyagolás kockázatát (Bywaters és mtsai, 2022). Kevés azonban az arra vonatkozó kutatás, hogy a szegénység milyen mechanizmusok révén vezet el a gyermekbántalmazás és konkrétan az elhanyagolás előfordulásához (Bywaters és mtsai, 2022). Shanahan, Runyan, Martin & Kotch (2017) eredményei szerint a szegénységben élő gyerekeknek kétszer nagyobb az esélye arra, hogy elhanyagolást tapasztaljanak, ha a gondozóik depressziósak, ami a gazdasági nehézségek gyermekbántalmazásra kifejtett hatásának egyik lehetséges mechanizmusát sugallja. A szegénységben élő szülők, bár felismerik a gyermekeik szükségleteit, kénytelenek prioritizálni a különböző szükségletek között. Gyakori körükben a kimerültség és a magas stressz szint, különösen az egyedülálló szülők esetén (Elias, Blais, Williams & Burke, 2018), és mindezek a sajátosságok egyéni szülői kockázati tényezőt képeznek az elhanyagolásra vonatkozóan.

Ha a különböző elhanyagolási formákat külön vizsgáljuk, azonosíthatóvá válnak olyan sajátos kockázati tényezők, amelyek az egyes elhanyagolás típusok előfordulásával köthetők össze. Például, a nagyobb létszámú család, illetve az elérhető segítség hiánya a gyermekgondozásban a gyermek megfelelő felügyeletének az elmaradásával van kapcsolatban. A család egészségügyi problémái a gyermek fizikai elhanyagolását valószínűsítik, a mentális problémák a megfelelő táplálás, biztonságos otthoni környezet biztosítását, míg a családon belüli konfliktusok a gyermek érzelmi szükségleteinek kielégítését akadályozzák (Cozza és mtsai, 2019).

Az elhanyagolás társadalmi/közösségi tényezői

Az elhanyagolásnak számos társadalmi kockázati tényezője ismert. Egy 42 országot átfogó kutatás adatai szerint az elhanyagoláshoz szignifikánsan kapcsolódó társadalmi mutatók közé tartozik a gyermekmunka előfordulási aránya, a nemek közötti egyenlőtlenségek, a lakosság általános iskolázottsága, az írástudó nők aránya és az emberi fejlettségi index (ami magába foglalja a születéskor várható élettartamot, az írástudás és oktatás elterjedtségét és az életszínvonalat). A gyermekmunka aránya és a nemek közötti egyenlőtlenségek növekedése növelte az elhanyagolás előfordulásának esélyét, míg a lakosság magasabb iskolázottsága, a nők körében magasabb arányú írástudás és a magasabb emberi fejlettségi index negatív kapcsolatban volt az elhanyagolás előfordulásával az illető országban (Klevens és mtsai, 2018).

A lakókörnyezet szerepére az elhanyagolás előfordulásában egyre több bizonyíték születik (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). Maguire-Jack és Font (2017a) kutatásukban bizonyítékot találtak arra, hogy a lakókörnyezet szegénysége erősítette az egyéni nehézségek és a fizikai elhanyagolás közötti kapcsolatot. A hátrányos helyzetű szülőkkel végzett fókuszcsoportos kutatás eredményeképpen Elias és mtsai (2018) rámutattak arra, hogy a gyermekek szükségletei kielégítésének ezeknél a családoknál gyakran a lakókörnyezet sajátosságai – például az elhanyagolt, nem biztonságos utcák, a biztonságos játszóterek hiánya, az illető lakókörnyezetben elérhető és a szegény családok számára megfizethető gyermekprogramok hiánya – képezik a legfőbb akadályát. Maguire-Jack és Font (2017b) arra keresték a választ, hogy a lakókörnyezet mely jellemzői, vagyis a szegénység, fejlettlenség vagy a lakók közötti kapcsolatokban és informális kontrollban megnyilvánuló szociális tőke azok a tényezők, amelyek a gyermekbántalmazással és az elhanyagolással szorosabb kapcsolatot mutatnak. Az eredményeik szerint a szegény környezetben élő magasabb jövedelmű csoportban az észlelt informális szociális kontroll csökkentette a gyermek felügyeletének elhanyagolását, de az alacsonyabb jövedelmű csoportban ez a kapcsolat jóval gyengébb volt. A költözések száma az illető lakókörnyezetben csökkentette a gyermekek felügyelete elmaradásának esélyét az alacsony jövedelmű csoportban. A szerzők ezeket

az eredményeket úgy értelmezik, hogy a család által megélt szegénység és erőforráshiány akkor is együttjár a gyerekek szükségletei kielégítésének elmaradásával, ha egyébként a szomszédok részéről elérhető a segítség vagy érzik a szülők az informális kontrollt: ha nincs elég erőforrásuk, mindezek ellenére sem tudják a gyerekeik szükségleteit kielégíteni. Ezért a szerzők szerint az elhanyagolás megelőzésének hatékonyabb módja a közösségi-szintű hátrányok csökkentése, mint a szociális tőke fejlesztése (Maguire-Jack & Font, 2017b). Mindez megerősíti Spencer és Baldwin (2005) eredményeit, akik felhívták a figyelmet arra, hogy a szociális tőke nagyon gyenge kapcsolatot mutat olyan elhanyagolásra vontakozó mutatókkal, mint az alacsony születési súly, csecsemőhalandóság, véletlen baleset egyéves kor alatt, míg ezekre a tényezőkre sokkal nagyobb hatást gyakorolnak egy adott ország politikai és gazdasági jellemzői. A közösségfejlesztés csak megfelelő gazdasági, oktatási és szociálpolitika mellett képes csökkenteni a családokra nehezedő nyomást és ezáltal hozzájárulni a szülői készségek fejlesztéséhez (Proctor és Dubowitz, 2014).

Védő tényezők

Ahogy a kockázati, úgy a védő tényezők is a társadalmi rendszerek különböző szintjein hatnak (Bronfenbrenner, 1994) és bonyolult kölcsönhatások eredményeképpen valósulnak meg (Belsky, 1980). Egyéni (pl. a szülő hatékonyság érzete), környezeti (pl. szociális támogatás mértéke) és társadalmi tényezők (pl. stabil gazdaság, alacsony társadalmi különbségek, megfelelő szolgáltatások) egyaránt hozzájárulnak a gyermekelhanyagolás előfordulásának csökkenéséhez (Dubowitz és mtsai., 2005), bár a mechanizmus, amelynek révén védő funkciójukat kifejtik, különböző lehet (Sattler, 2022).

Az egyéni védő tényezők általában az anyára fókuszálnak. A neurobiológiai kutatások rámutattak az *anya és gyermek közötti korai testi kontaktus* védő szerepére a későbbi elhanyagolás szempontjából. Egy longitudinális kutatás a szoptatás és az elhanyagolás közötti kapcsolatra mutatott rá: eredménye szerint azok a gyermekek, akiket legalább négy hónapi szoptattak, körülbelül négyszer kisebb eséllyel szenvedtek később

elhanyagolást, mint azok a társaik, akiket nem szoptattak (Strathearn, Mamun, Najman & O'Callaghan, 2009; Younas & Gutman, 2023).

Az *anya iskolázottsága* is kapcsolatban van az elhanyagolás kockázatával: a magasabban képzett anyák általában nagyobb eséllyel alkalmaznak pozitív szülői stratégiákat (Sattler, 2022). Hasonló védő hatást tapasztaltak az *anya alkalmazotti státusa* esetén, amely szegénységben élő anyáknál csökkenti a bántalmazás kockázatát (Sattler, 2022). A kapcsolatra magyarázatot adhat az, hogy az alkalmazásban levő anyák önértékelése nagyobb, kompetencia érzésük magasabb, amelyet aztán átvisznek a gyerekgondozásba is. Ezeknek az anyáknak a mentális egészségük is jobb, ami ugyancsak növeli a gyermekgondozás minőségét (Sattler, 2022).

A *családi védő tényezőkre* vonatkozóan jelentős eredményeket hoztak azok a kutatások, amelyek azt vizsgálták, hogy ugyanabban a kockázatot képviselő kontextusban (pl. szegénység, emelkedett stressz szint, szülői kockázati tényezők) mi különbözteti meg az elhanyagoló illetve gyermekeit megfelelően ellátó családokat. Például, bár az egyszülős családok felülreprezentáltak az elhanyagolás szempontjából, kiderült, hogy az apa jelenléte önmagában nem csökkenti a kockázatot, hanem az *apa hosszútávú jelenléte a családban, szülői hatékonyság érzete, bevonódása* a ház körüli teendőkbe azok a tényezők, melyek jelentőséggel bírnak az elhanyagolás kockázatának csökkentése szempontjából (Dubowitz, és mtsai., 2005; Younas & Gutman, 2023).

A *környezeti védő tényezők* közé tartozik az anyák számára elérhető *instrumentális segítség*: ha a szülők számára van elérhető segítség a gyermekgondozásban illetve a gazdasági nehézségek kezelésében, akkor csökken az elhanyagolás veszélye. A támogatás növeli az anya kontroll érzését is, ami csökkenti az elhanyagolás előfordulásának esélyét (Sattler, 2022). Egy longitudinális kutatás során az egyéves korban észlelt instrumentális segítség csökkentette a szegénység hatását a fizikai elhanyagolásra 3 éves korban (Strathearn és mtsai, 2020).

A *bölcsődei és óvodai szolgáltatásokhoz való hozzáférés* a marginalizált családok számára is nagy segítséget jelent, csökkentve a szülőre nehezedő stressz-szintet (Sattler, 2022). Az inkluzív oktatási rendszer, mely felelősséget vállal minden gyermekért és hangsúlyt fektet a különböző

társadalmi és kulturális háttérű gyermekek befogadására, minimalizálva a részvételük és tanulásuk útjában álló akadályokat, a gyermekelhanyagolás megelőzésének fontos pillére (Booth & Ainscow, 2006, 2011).

Az egyes védő tényezők hatásaira vonatkozó kutatási eredmények néha ellentmondóak, más eredmények születnek, ha csak egyes potenciális védő tényezők hatását vizsgálják, mint ha több tényezőt is mérnek egyszerre (Sattler, 2022). A szerző szerint egyik magyarázat erre az eredményre az lehet, hogy előfordulhat, hogy egyes védő tényezők bizonyos sajátos kockázati tényezők hatását védik ki, míg egy alternatív magyarázat szerint a védő tényezők kumulatív hatása fontosabb, mint az egyes védő tényezők egyéni hatása. A védő tényezőkre vonatkozó eredmények különböznek az elhanyagolás típusától függően is (Sattler, 2022).

Az elhanyagolás következményei

Ahogy már rámutattunk, az elhanyagolás súlyosan veszélyezteti a gyermek fizikai, neurológiai, kognitív és szocioemocionális fejlődését, gyakran a gyermek súlyos sérülésével, néha halálával járhat. Az elhanyagolás következményei annak súlyosságától, a gyermek életkorától, az elhanyagolás gyakoriságától és krónikus jellegétől, más bántalmazási formákkal és veszélyeztető tényezőkkel való együttes megjelenésétől függnék.

Az elhanyagolás biológiai következményei

Az elhanyagolás biológiai következményei magyarázatot adnak a tapasztalt kognitív, mentális és fizikai egészséghez kapcsolható következményekre. A születéskor elérhető neurális hálózathoz azok az utak erősödnek meg amelyeket stimulálás ér. Így az agy fejlődése attól függ, hogy a gyermek és környezete között milyen interakciók jönnek létre. A nem használt kapcsolatok eltűnnek, a használtak megerősödnek, és mindez befolyásolja a kognitív, érzelmi, motoros és önszabályozó funkciók fejlődését (Avdibegović & Brkić, 2020). Elhanyagolás esetén megfigyelhető az agykéreg vastagságának csökkenése a prefrontális, parietális és temporális területeken, ami magyarázatot adhat az olyan tünetekre, mint a

figyelmetlenség és az impulzivitás (McLaughlin és mtsai, 2014). Az állandó „túlélési üzemmód” következtében túlműködnek olyan agyi területek, melyek következtében szorongás, az érzelmeszabályozás zavara és impulzivitás alakul ki, míg azok az agyi területek, amelyek az empátiáért felelősek, alulfejlettek maradnak (Avdibegović & Brkić, 2020).

Az agy fejlődését közvetlenül érintő hatása mellett az elhanyagolás egyéb biológiai folyamatokat is befolyásol, amelyek a személy egészségi állapotára hatással vannak. Az elhanyagolás eredményeképpen megnövekedik a szervezetben a kortizol szint, ami a neuroendokrin és immunrendszer működését befolyásolja (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). A poszttraumatikus stressz válasz – ami a megnövekedett kortizol szinttel jár együtt – mediálta az elhanyagolásnak a fizikai egészségre kifejtett hatását egy 2019-ben végzett kutatás adatai szerint (Rueness és mtsai, 2019). Olyan gyulladás-alapú folyamatok kialakulásáért és fenntartásáért felelős, amelyek növelik többek között az obezitás, diabétesz és kardiovaszkuláris betegségek kialakulásának az esélyét (Clemens és mtsai, 2018; Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). Egy, az elhanyagolás hatását vizsgáló kutatás szerint a fizikai elhanyagolás mértéke előrejelezte a telomérek hosszát felnőttkorban, melyek csökkenése a sejt életképességének a csökkenésével jár, növelve az ezzel kapcsolatos betegségek – például bizonyos típusú daganatos betegségek – gyakoribb előfordulását (Vincent és mtsai, 2017).

Az elhanyagolás kognitív következményei

Az elhanyagolás kognitív következményei különböző életkorban másképp mutatkozhatnak meg. Csecsemőkorban és kisgyermekkorban nyelvi lemaradás, a memória zavarai, a feladatokba történő alacsonyabb bevonódás, csökkent kreativitás figyelhető meg, valamint az elhanyagolást tapasztaló kisgyerekeknek nehézségeik voltak az érzelmek azonosításában (Naughton és mtsai, 2013). Iskoláskorú gyerekekenél megfigyelhető volt a csökkent intelligencia, a problémamegoldó és a végrehajtó funkciók zavara és ezek a gyerekek több viselkedésproblémát mutattak. Egy 40 évet átfogó longitudinális adatbázis elemzésénél Strathearn és mtsai (2020) azt találták, hogy a gyermekkorban elszenvedett elhanyagolás alacsonyabb kognitív

képességekkel járt együtt 14 és 21 éves korban egyaránt, amihez kapcsolódik az alacsonyabb iskolázottság és foglalkoztatottsági arány. Az elhanyagolás és iskolai kudarc közötti kapcsolatot a kortársakkal való kapcsolódás nehézségei, az érzelmi és viselkedési problémák mediálják (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022).

Az elhanyagolás következményei a mentális egészségre

Az elhanyagolásnak egész életre kiható hatása van a mentális egészségre (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). Az elhanyagolt fiatalok esetében a szorongás, evészavarok és magatartászavarok kockázata 2-3-szor nagyobb, és az elhanyagolás súlyosságának függvényében a depresszív zavarok előfordulása is valószínűsíthető (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). Csecsemő és kisgyermekkorban az elhanyagolás összekapcsolódik az elkerülő és dezorganizált kötődéssel, visszahúzódással a szociális interakcióktól és negatív tartalmú játékkal. Három éves kor fölött megfigyelhető az érzelmek azonosításának nehézsége, majd négy éves kor fölötti elhanyagolást szenvedett gyerekeknél megfigyelték az érzelemszabályozás zavarait és a segítségkérés elmaradását társas helyzetekben. Öt-hat éves, elhanyagolást tapasztalt gyerekekre jellemzőek voltak a kortársakkal való kapcsolódás zavarai, alacsony önértékelés, saját magukat dühösnek, ellenségesnek, másokat veszélyesnek értékelték (Naughton és mtsai, 2013). Minden életkorban, egészen 17 éves korig, jellemző volt az elhanyagolás és a trauma-tünetek közötti kapcsolat. Kettő-kilenc évesek körében, a gondozás elmaradása és a szülő hiánya otthonról akkor is erős trauma-tüneteket okozott, ha kontrollálták az egyéb bántalmazási módok előfordulását (Vanderminden és mtsai, 2019). Előserdülő-és serdülőkorban az elhanyagolt fiatalok körében két-háromszor nagyobb volt az alkohol és szerhasználat esélye, mint a nem elhanyagolt társaiknál. Serdülőkorban az elhanyagolás kapcsolatban volt az öngyilkossági gondolatok előfordulásával és a testvérkapcsolatok távolságtartóbbak vagy ellenségesebbek voltak (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). Azoknak a fiataloknak az esetében, akik olyan felnőttekkel éltek együtt, akiktől féltek, akkor is két és félszeres volt az öngyilkossági gondolatok előfordulásának esélye, ha kontrollálták a többi bántalmazási

formát (Vanderminden és mtsai, 2019). A serdülőkorban fennmaradó fizikai elhanyagolás kapcsolatban van az agresszióval és antiszociális viselkedéssel, főleg fiúk esetén. A serdülőkorban kezdődő elhanyagolás a szerhasználattal hozható kapcsolatba (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). Az elhanyagolásnak a mentális egészségre kifejtett hatásai időben fennmaradnak, Strathearn és mtsai (2020) eredményei szerint a gyerekkorban elszenvedett elhanyagolás 21 éves korban kapcsolatban volt a szorongással, depresszióval, PTSD-vel, pszichotikus epizódokkal, a partnererőszak megtapasztalásával és férfiaknál a delikvenciával. Az elhanyagolás az életminőség szignifikáns csökkenését okozta felnőttkorban (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). A gyerekkori elhanyagolás az érzelmi bántalmazás mellett a leggyakoribb bántalmazási forma a felnőtt pszichiátriai populációban, különösen a hangulatzavarok kategóriájában és ezek az esetek rosszabbul reagáltak a kezelésre (Lippard & Nemeroff, 2023). Az elhanyagolás és a felnőttkori pszichopatológiai zavarok közötti kapcsolat kultúrán átívelő volt egy kenyai, zambiai és holland mintát vizsgáló kutatás adatai szerint (Mbagaya, Oburu & Bakermans-Kranenburg, 2013).

Az elhanyagolás következményei a gyermek fizikai biztonságára

A legtöbb bántalmazás miatt történő haláleset mögött elhanyagolás áll, elsősorban a gyermek nem megfelelő felügyelete: ezekben az esetekben a halál oka fulladás, vagy tűzeset (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). A nem megfelelő módon felügyelt gyerekek körében gyakoriak az ismétlődő sérülések. Az elhanyagolás miatt bekövetkező halálesetek azon okai, melyek nem a megfelelő felügyelet hiányára vezethetők vissza: a depriváció (ételtől való megfosztottság), az orvosi kezelés elmulasztása, nem biztonságos altatási körülmények és a gyermek öngyilkossága (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022).

Az elhanyagolásnak a személy működését érintő átfogó hosszútávú következményeinek a fényében világossá válik annak fontossága, hogy különválasszuk a szegénység és elhanyagolás problémáját, mert abban az esetben, ha a szegénységhez elhanyagolás is kapcsolódik, a gyerekekre nézve a hosszútávú következmények károsabbak, mint az ugyanabból a

környezetből származó, elhanyagolást nem tapasztaló gyerekek esetében (Font & Maguire-Jack, 2020; Taylor és mtsai, 2024).

A gyermekvédelmi intézményben történő elhanyagolás

A strukturális elhanyagolás sajátos területét képezik a gyermekvédelmi intézetek. Bár számos kutatás igazolja, hogy ez a gondozási forma nem felel meg a gyerekek fejlődési szükségleteinek, és komoly intézkedések történtek egyrészt ennek a gondozási formának család-alapúakkal való helyettesítésével (nevelőszülői gondozás), becslések szerint az EU országokban 343000 gyerek él még intézményekben (van IJzendoorn és mtsai, 2020). Ezeknek a minősége nagy eltéréseket mutat a személyzet képzettsége és fluktuálása, a gyermek-gondozó arány, a táplálék minősége és a higiéniai szempontok, valamint azoknak a tényezőknek a szempontjából, amelyek fontosak a gyermek szükségleteire figyelő, érzékeny gondozás megvalósításához (van IJzendoorn és mtsai, 2020). Még ha az alapvető szükségletek ki is vannak elégítve, az intézményeknek vannak olyan közös jellemzőik, amelyek abból fakadnak, hogy több gyerek egy korlátozott számú nevelőre van bízva, akik ahhoz, hogy a feladataikat el tudják végezni, futószalag-szerűen szervezik meg a gyermekek gondozását (Gunnar & Bowen, 2021). Ezen a módon, bár a gyermekek fizikai szükségletei ki vannak elégítve, ritka az, hogy például a csecsemő jelzéseire megfelelő válasz szülessen (Gunnar & Bowen, 2021). A stimuláló, érzékeny gondozás azonban önmagában nem elég a gyermek fejlődéséhez intézményi keretek között: egy kvázikísérlet során a személyzetet kiképezték, hogy érzékeny és stimuláló módon viszonyuljanak a gyerekekhez, és enyhén javultak is a gyerekek érzelmi és kognitív mutatói ezekben az intézményekben, de igazi javulást ott értek el, ahol az érzékeny és stimuláló gondozás mellett arra is odafigyeltek, hogy a személyzetet olyan módon szervezzék meg, hogy a gyerekeknek lehetőségük legyen kapcsolatot kialakítani a gondozójukkal (Gunnar & Bowen, 2021). Az intézményekben megvalósuló alacsony standardok és gyakran előforduló – a személyzet

vagy a társak részéről történő – bántalmazás az intézményi gondozás további károsító tényezőit képezik (van IJzendoorn és mtsai, 2020).

A globális egyezmények nem térnek ki azokra a kritériumokra, amelyeknek meg kell felelniük a gyermeknevelő intézményeknek. Egy tanulmány globálisan depriváló intézményeknek tekinti azokat, amelyekben a gondozó/gyermek arány 10-30 gyerek/gondozó között van és pszichoszociálisan depriválónak azokat, ahol 3-6 gyerek jut egy gondozóra (van IJzendoorn és mtsai, 2020). A globálisan depriváló intézményekben nagy a személyzet fluktuációja, kevésbé képzett a személyzet, kevés a gyermek-nevelő interakció és a sérült vagy krónikus egészségügyi problémákkal rendelkező gyerekeket szegregálják (van IJzendoorn és mtsai, 2020). Egy kamerákkal rögzített adatelemző megfigyelés szerint, egy olyan gyermekotthonban, ahol a nappali nevelő/gyermek arány 1:6 volt és az éjszakai 1:8, azt találták, hogy a gyerekek által ébren töltött idő 6%-ban volt interakció a nevelővel és az éberén töltött időnek csak 15%-a volt olyan, gyermek számára fontos tevékenységekkel töltve, mint játék vagy mozgásos elfoglaltságok (van IJzendoorn és mtsai, 2020).

A romániai intézetek nem képeznek kivételt a fentebb ismertetett vonások szempontjából. Az 1989-es változás után közvetlenül a gyermeknevelési intézetekre globális elhanyagolásként leírt állapot volt jellemző. Egy gondozóra általában 20-40, de néha 50 gyerek is jutott, a nevelők keveset, vagy egyáltalán nem kommunikáltak a gyerekekkel, nem voltak játékok és sem kognitív, sem fizikai stimuláció nem valósult meg, hiányoztak a fejlesztő tevékenységek, a kisgyermekek között kevés interakció volt, vagy teljesen hiányzott (Rus, Parris, Cross & Purvis, 2010). A gyermekvédelem reformjának köszönhetően a 2002-2007 periódusban megindult a nagylétszámú gyermekvédelmi intézetek átalakítása (Deák, 2020), így 2015-re a gyermekelhelyezési intézetek között megtalálhatók a tömbházakban vásárolt lakrészek, családi típusú házak, és elhelyezési központok klasszikus vagy moduláris rendszerrel. A klasszikus elhelyezési központokban több mint 12 gyermek van, több mint 4 gyermek van egy hálóban és az egy folyósón lakók számára közös mosdó áll rendelkezésre. A moduláris rendszerű elhelyezési központokban több mint 12 gyermek él, de a központ egységekre van osztva, mindegyik egységhez hozzátartozik egy

háló, egy nappali és egy mosdó (Stănculescu, Grigoraș, Teșliuc & Pop, 2016; Marin & Stănculescu, 2019). Ezekben az otthonokban a gyermekek alapszükségletei ki vannak elégítve, de a dolgozók képzési hiányosságai és túlterheltsége következtében a stimuláló felnőtt-gyermek interakciók és a hosszútávú stabil kapcsolatok a nevelő és gyermekek között hiányoznak (Zeanah, Humphreys, Fox & Nelson, 2017). A 2004/272-es Gyermekvédelmi törvény 2022-ben történő módosítása értelmében a nagy létszámú gyermekotthonokat 2024 végéig be kellett zárni (Legea 191/2022). A Nemzeti Gyermekjogvédelmi és Örökbefogadási Hatóság (Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție) adatai szerint 2022-ben 73 klasszikus gyermekelhelyezési központ működött az országban, amelyekben körülbelül 1900 gyermek élt (copii.gov.ro). A családi típusú házakban maximum 12 gyermek élhet, és a törvény által előírt nevelő/gyermek arány 1:12 (Ordin 25/2019). A van IJzendoorn és mtsai (2020) által idézett besorolás szerint ez még mindig a globális deprivációval jellemezhető gyermekelhelyezési módokhoz tartozik. Ehhez hozzáadódik, hogy sok esetben a családi típusú házak a települések periferiáján helyezkednek el, előfordul, hogy a Sürgősségi Gyermekelhelyezési Központtal közös az udvar, vagy egy több, hasonló lakhelyet összesítő, különálló épületben találhatók, ami megnehezíti az itt élő gyermekek integrálást a közösségbe (libertatea.ro) és fokozza a stigmatizációt. Összesítve a különböző típusú gyermekvédelmi intézetekben 2023-ban 10359 gyermek élt (copii.gov.ro).

Az intézményi gondozás következményei

Az állami gondozásba vétel ténye és előzményei számos károsító elemet hordoz magában. Az otthontól való elszakadás mindig veszteség, hisz a gyermek elveszti állandó és ismert környezetét, biztonságát (van IJzendoorn és mtsai., 2011; van IJzendoorn és mtsai., 2020). Ehhez hozzáadódnak olyan károsító tényezők, mint az *uniformizálás*, vagyis a gyermeknek az a tapasztalata, hogy az egyéni sajátosságok nem számítanak, mindig együtt van másokkal, még a születésnapját is gyakran sok más gyermekkel közösen ünneplik meg. A mindennapokra, a magánélet minden területére kiterjedő intézeti jelleg, vagyis a kötöttség, zártság, fegyelem olyan

stresszorok, amelyek a gyermek alkalmazkodóképességét erősen igénybe veszik. Mivel az erőforrás kevés, a gyermekek között erős *rivalizáció* és ennek mentén hierarchia alakul ki, az erősebbek kihasználják, gyakran bántalmazzák a kisebbeket, gyengébbeket. Az átlagtól eltérő gyerekek könnyen *bűnbakképzés* áldozatává válnak és ki lesznek téve társaik bántalmazásának. Az „*intézetis*” jelleget a gyerekek megbélyegzőnek érzik, ami az önértékelésük csökkenésével jár, ezért vagy megpróbálják eltitkolni vagy túlkompenzálják (Kálmánchey, 2001).

Egy 308, intézményi elhelyezés következményeit követő kutatást magába foglaló metaanalízis eredményeként Von Ijzendoorn és mtsai (2020) megállapítják, hogy az intézeti elhelyezés jelentős fejlődésbeli lemaradással jár együtt. A korai években intézeti körülmények között nevelkedő gyermekek testi növekedése lelassul, agyuk és kognitív képességeik mellett magasságuk és testsúlyuk is lemarad családban növekedő társaikétól (IJzendoorn és mtsai., 2011; IJzendoorn és mtsai., 2020). A megfelelő kognitív stimulálás hiányában intelligenciájuk alacsonyabb társaikénál és nyelvi fejlődésük lemaradást mutat (Gunnar & Bowen, 2021). A figyelemben történő lemaradás az idő előrehaladtával nő (IJzendoorn és mtsai., 2020). A kötődés képessége sérül, 11 tanulmány alapján, amelyek összesen 471 gyermeket foglaltak magukba, azt találták, hogy a biztonságosan kötődők aránya 24% volt, míg a normatív csoportban ez 62% és a dezorganizált kötődést mutató gyerekek aránya 57% volt, míg a normatív csoportban ez az arány 15% volt (IJzendoorn és mtsai., 2020). Az intézményben felnövő személyek nagyobb eséllyel küzdöttek szorongásos és depresszív zavarokkal, és nagyobb volt az esélye körükben a gátolatlan társas kapcsolati zavarnak, ami még abban az esetben is fennmaradt, ha a gyermeket örökbefogadták és biztonságos kötődést alakított ki a kötődési személlyel (Gunnar & Bowen, 2021). A szorongásos és depresszív zavarok kapcsolatban lehetnek azokkal a neurokognitív fejlődési problémákkal, amelyek beilleszkedési és kapcsolati problémákat okoznak felnőttkorban (Gunnar & Bowen, 2021). Az intézményi gondozás annál nagyobb károsodást eredményez, minél hosszabb ideig volt a gyermek intézeti gondozásban. A legszorosabb összefüggés a fizikai növekedés esetében volt tapasztalható, de a többi területen is szignifikáns kapcsolat mutatható ki a károsodás mértéke

és az intézményi gondozásban eltöltött idő között (van IJzendoorn és mtsai., 2020). Az intézményi gondozás hosszára és időzítésére vonatkozó kutatások azt mutatják, hogy egy bizonyos ideig történő intézményesítés szükséges, de nem elégséges feltétele a későbbi károsodásnak, ami inkább egy érzékeny periódushoz köthető. Például, görög intézményekben végzett kutatások azt mutatták, hogy ha a gyermek csecsemőkor után került gyermekotthonba, számos negatív következmény nem volt tapasztalható. Másrészt, a romániai árvaházakból 1990 után örökbefogadott gyerekek vizsgálata azt mutatta, hogy a 6-24 hónapot globális depriváltságban töltő gyerekek ugyanolyan mértékben károsodtak, mint a 24 hónapnál többet ilyen körülmények között töltött gyerekek, ami azt sugallja, hogy a 6-24 hónapos kor különösen szenzitív periódus az intézményi gondozás károsító hatásainak szempontjából (van IJzendoorn és mtsai., 2020). Ugyanakkor a nyelvi fejlődés, kötődési képesség és a gátolatlan társas kapcsolati zavar előfordulásának esélye nőtt, ha a gyermek hosszabb időt töltött intézményi gondozásban (IJzendoorn és mtsai., 2020).

A deinsztitucionalizációnak, vagyis az intézményi gondozásnak családi típusúval való helyettesítésének akár a származási családba való visszahelyezés, akár örökbefogadói vagy nevelőszülői gondozás által, pozitív következményei vannak a gyermek fejlődésére (Zeanah, Humphreys, Fox & Nelson, 2017). A családi gondozás jótékony hatása nagyobb eséllyel mutatkozik, ha a gyermek csecsemőkorában kerül családi gondozásba (van IJzendoorn és mtsai., 2020). A pozitív hatások annál erősebbek, minél stabilabb és támogatóbb volt a gyermek gondozása úgy az intézményi keretek között, mint azután. A családi elhelyezés azonban nem mindig biztosítja a gyermek fejlődési lemaradásainak a bepótlását, mert megtörténhet, hogy a gyermek speciális szükségletei meghaladják a család erőforrásait (van IJzendoorn és mtsai., 2020). A felsorolt következmények egy része fennmarad azután is, hogy a gyermek elhagyja az intézetet és gondoskodó környezetbe kerül (pl. Pollak és mtsai., 2010; Zeanah, Humphreys, Fox & Nelson, 2017). Például, az alultápláltságnak olyan következményei, mint a figyelem zavarai és az alacsony IQ, az örökbefogadás után is megmaradnak (van IJzendoorn és mtsai., 2020).

Az intézeti károsító tényezők leküzdése

A társadalmi beilleszkedésük sikeressége szempontjából Stein (2007, 2012) három csoportba osztja az intézetben felnőtt fiatalokat. Az első csoportot a *sikeresek* képezik. Ezek a fiatalok általában közép- vagy felsőfokú végzettségűek, jó szociális készségekkel rendelkeznek. Állandó erőfeszítéseket tesznek, hogy intézeti tapasztalataikat fel tudják dolgozni és elérjék a felnőttiséggel kapcsolatos mérföldköveket: stabil munkahelyük, párkapcsolatuk és gyermekeik legyenek. Az ő életükben jelen volt egy bizonyos fokú folytonosság és stabilitás. A második csoportot a *túlélők* képezik, életükben sok volt a törés és diszkontinuitás. Felnőtt életükre is a bizonytalanság jellemző, gyakran függővé válnak a szociális szolgáltató rendszertől és különböző intézményektől. A harmadik csoportot az *áldozatok* képezik, akikre nagyfokú bizalmatlanság, magányosság, mentális problémák jellemzők. Általában már a gyermekvédelmi rendszerbe való bekerülésük előtt, családjukban, súlyos traumák érték őket, a rendszerben gyakran költöztek, kevés stabilitásban volt részük. A rendszerből való kikerülésük után sodródhatnak, gyakran deviáns cselekedeteket hajtanak végre, bűntények elkövetőivé vagy áldozataivá válhatnak. E három kategória tapasztalatait összehasonlítva, Stein (2007) elkülönítette azokat a tényezőket, amelyek szerinte fontos szerepet játszottak a fiatalok rezilienciájában (túl a személyes sajátosságokon). A szerző szerint a legfontosabb szerepet a stabilitás, folytonosság és kötődés, a megfelelő identitás érzés kialakítása valamint az oktatás, hobbi és felkészülés az intézmény elhagyására játsszák.

Stein (2007) szerint a fiatalok sikerességének legfontosabb összetevője a stabilitás volt, aminek következtében a fiatalok életében létrejött egy folytonosság és konzisztencia érzés, nagyobb volt az esély kötődési kapcsolatok kialakítására a nevelővel. Ha a költözés a gyermek érdekében történt is, ez nem tompította azt a negatív hatást amit az okozott, hogy a gyermeknek nem volt lehetősége a szülőihez hasonló hosszútávú kapcsolatot kialakítani. A fiataloknak nyújtott segítségnyújtás egy pozitív identitás érzés kialakításában a reziliencia fontos feltétele. A pozitív identitás részét képezi az önismeret, hatékonyság érzése és az önértékelés. Az identitás érzés összekapcsolódik a személy jövőre vonatkozó tervezési

képességével, a fellelt nehézségek újraértékelésével. Az identitás része úgy az etnikai, nemi, földrajzi hovatartozás, mint a saját személyes történet, a biológiai családdal kapcsolatos információk integrálása a személyiségbe, a gondozásba kerülés okainak megértése. A személyes hatékonyság érzése összekapcsolódik a kontroll kérdésével, azzal, hogy az állami gondozásba kerülő fiatal milyen mértékben érzi úgy, hogy saját élete fölött kontrollal rendelkezik. A reziliencia harmadik lényeges összetevője az iskolával kapcsolatos pozitív tapasztalat és a gondozás elhagyására történő felkészítés. Ebben a folyamatban a fiatalnak lehetősége nyílik új készségeket elsajátítani, tervezni és problémákat megoldani, valamint az önálló élethez szükséges gyakorlati tudást összegyűjteni. Természetesen a felmerülő érzelmi problémák megoldásában nyújtott segítség is a felkészítési folyamat részét képezi (Stein, 2007). Ahogy a családban felnőtt fiataloknak, az intézetben nevelkedetteknek is szükségük van támogatásra az intézet, sőt a gyermekvédelmi rendszer elhagyása után is. A Stein (2007) által azonosított három típushoz Rácz Andrea hozzárendelte a szükséges támogatás csomagot (Rácz, 2012). A *sikereseknek* van szükségük a legkevesebb támogatásra, általában anyagi jellegű átmeneti problémákkal küzdenek, így ilyen jellegű juttatásokra van szükségük, a preventív szolgáltatások jelentenek számukra segítséget. A *túlélőknek* már összetettebb szolgáltatásokra szükségük, esetükben a támogatásnak magába kell foglalnia a lakhatási lehetőségek találásában és munkavállalásban nyújtott segítséget, ugyanakkor az érzelmi támogatást, kapcsolatok kiépítésében és megtartásban nyújtott támogatást és az életvezetési tanácsokat. Az *áldozatok* társadalmi beilleszkedéséhez komplex intervenciós csomagra van szükség, a fentiekén kívül szükség lehet a megfelelő képzettség megszerzésében nyújtott segítségre, esetleg pszichiátriai, pszichológiai, esetenként addiktológiai szolgáltatásokra.

Az elhanyagolás megelőzése

Az eddig elmondottakból levezethetőek azok a jellemzők, amelyekkel az elhanyagolás megelőzésére és hatásainak csökkentésére létrehozott szolgáltatásoknak rendelkezniük kell. Ahogy a kockázati tényezők

különböző szinteken hatnak, a megelőző programoknak is át kell fogniuk a humánökológiai modell különböző szintjeit.

Társadalmi és közösségi szintű megelőzés

A közösségek szintjén lényeges, hogy létezzenek olyan általános szolgáltatások, melyek a vulnerábilis, hátrányos helyzetben levő, nehézségekkel küzdő családok szükségleteire épülnek. A családoknak nyújtott támogatás, a gyermekek számára biztonságos tevékenységek és felügyelt játéklehetőségek biztosítása, a bölcsődei, óvodai fejlesztés, az iskolai oktatás elérhetősége és inkluzív jellege része az elhanyagolás megelőzésére irányuló erőfeszítéseknek (Sattler, 2022). A biztonságos környezet, az elérhető egészségnevelő programok, a felnőttek számára létrehozott munka és tanulási lehetőségek, mentálhigiénés segítségnyújtás, az érdekképviselés és a családok számára biztosított anyagi juttatásoknak ugyancsak szerves részét kell képezniük az elhanyagolás elkerülésére irányuló erőfeszítéseknek (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). A széleskörű elérhetőségű, közösség-alapú programok, melyek egy bizonyos lakókörnyezetre fókuszálnak és az ott elérhető erőforrásokat mozgósítják a családok széleskörű támogatásának irányába, segíthetik az elhanyagolás visszaszorítást az illető közösségen belül (Molnar, Scoglio & Beardslee, 2022). A létrehozott szolgáltatásrendszer azonban csak akkor érhet célt, ha könnyen elérhető, inkluzív, stigmatizácótól mentes és támogató jellegű (Spencer & Baldwin, 2005).

A prevenció intézkedések és programok alkalmazása mellett jelentős a szakemberek megfelelő felkészítése, hogy felismerjék az elhanyagolás eseteket és képesek legyenek elkülöníteni a szegénységtől (Font & Maguire-Jack, 2020; Taylor és mtsai, 2023; Gibbs és mtsai, 2024). Fontos, hogy a szakemberek figyelme ráirányuljon a nagyobb gyerekek, elsősorban a serdülők szükségleteinek a ki nem elégítésére, akik egy olyan kategóriát képeznek, amely jelen pillanatban háttérbe szorul a gyermekvédelmi szolgáltatások látókörében (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). Figyelembe véve, hogy az elhanyagolás hosszútávú következményeit szignifikánsan csökkenti a támogató felnőtt jelenléte a gyermek környezetében (Zhang, Gulati, MacNeil & Fuller-Thomson, 2024),

kidomborodik a gyerekekkel kapcsolatba kerülő különböző szakemberek - akik abban a helyzetben vannak, hogy lehetőségük van a gyermek számára támaszt nyújtani – felelőssége a negatív hatások kivédésében, vagy legalábbis a csökkentésében.

A családi szintű megelőző programok

A széleskörű elérhetőségű szülői készségfejlesztő programok csökkentik a gyerekek irányába támasztott irreális elvárásokat és a figyelmetlen, gyereket veszélybe sodró szülői viselkedéseket (Melton, 2014). Különösen hatékonyak az elhanyagolás megelőzésére a családlátogató programok, amelyek amelelt, hogy ismeretekkel és tanácsokkal látják el a szülőket a gyermekek számára fizikailag és érzelmileg biztonságos otthoni környezet megteremtéséhez, segítik a kockázati tényezők gyors detektálását és a családoknak a megfelelő szolgáltatásokkal való összekapcsolását (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022). Ezek a programok akkor bizonyulnak hatékonyak, ha a kisgyermekes szülőket veszik célba. A különböző szerfüggőségekkel küzdő szülők esetén az anyákat megcélzó család-alapú viselkedésterápiák csökkentették olyan kockázati tényezők előfordulását, mint a munkanélküliség vagy a kockázatos szexuális viselkedés, és ez együttjárt a jelentett elhanyagolás esetek számának csökkenésével (Dubowitz, Kobulsky & Proctor, 2022).

Következtetések

Az elhanyagolás, mint a gyermeket érő rossz bánásmód egyik formája, továbbra is nehezen megragadható marad, mivel a gyermek szükségletei a különböző fejlődési fázisokban különböznek, kielégítésük mértéke nem egyszerűsíthető az igen/nem dimenziókra, hanem egy kontinuum mentén változik, ráadásul a szükségletek kielégítésének hatása általában csak hosszú távon mutatkozik meg. Mindez nehézséget okoz a kutatások eredményeinek az összehasonításában és általánosításában. Kétségtelenül, az elhanyagolás az a bántalmazás forma, amelyik a legjobban összekapcsolódik a szegénységgel, mégis lényeges az attól való elkülönítése, ugyanis az elhanyagolás súlyosbítja a szegénység hatását a gyermek fejlődésére. A

kockázati tényezőkre vonatkozó tudás mennyiségének növekedése mellett lényeges ennek a felhasználása a gyakorlat hatékonyabbá tételére például a családok megerősítésében. A legjobb családokat és szülőket megcélzó programok sem érnek azonban el hatást, ha hiányoznak az átfogó társadalmi és közösségi intézkedések. A marginalizált családok számára is elérhető támogatások, beleértve az anyagiakat is, elérhető gyermekfelügyeleti programok (óvoda, és iskola utáni programok), a gyermekek számára biztonságos és tiszta játszóterek, a biztonságos közösség, a kölcsönös szomszédsági támogatás mind részei azoknak a tényezőknek, amelyek szükségesek ahhoz, hogy a gyermekek szükségletei kielégítésre kerüljenek. A családok számára anyagi biztonságot teremtő gazdaság és szociálpolitika nélkül azonban ezek a tényezők csak korlátozottan tudják a védő hatásukat kifejezni, mert a közösségi tőke növelése, a szomszédsági kapcsolatok javítása nem pótolhatja a családoknak az anyagi erőforrásokat, melyeknek hiányában képtelenek a gyermekeik számára biztosítani a fejlődésükhöz szükséges feltételeket.

Irodalomjegyzék

- Agencia Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului, O. M. (2002). *Copilul abuzat și neglijat în România – Studiu Național. Prevalență, factori de risc, modalități de prevenire și intervenție*. București.
- Antal, I., Roth, M., Mezei, E., Dávid-Kacsó, Á., Voicu, C. & Szász, R. (2012). The Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect (BECAN) in Romania. *Revista de Asistență Socială*, XI/2, 1-13.
- Avdibegović, E. & Brkić, M. (2020). Child Neglect - Causes and Consequences. *Psychiatria Danubina*, 32(Suppl 3), 337–342.
- Azar, S. T., Miller, E. A., Stevenson, M. T. & Johnson, D. R. (2017). Social Cognition, Child Neglect, and Child Injury Risk: The Contribution of Maternal Social Information Processing to Maladaptive Injury Prevention Beliefs Within a High-Risk Sample. *Journal of pediatric psychology*, 42(7), 759–767. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw067>
- Beck, N., Palic, S., Andersen, T. E. & Roenholt, S. (2014). Childhood Abuse Types and Physical Health at the Age of 24: Testing Health Risk Behaviors and

- Psychological Distress as Mediators. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(4), 400–413. <https://doi.org/10.1080/10926771.2014.892047>
- Baldwin, H., Biehal, N., Cusworth, L., Wade, J., Allgar, V. & Vostanis, P. (2019). Disentangling the effect of out-of-home care on child mental health. *Child abuse & neglect*, 88, 189–200. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.011>
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment. An ecological integration. *American Psychologist*, no 4. pp.320- 335.
- Booth, T. & Ainscow, M. (2006). *Indexul incluziunii școlare. Promovarea educării și participării tuturor copiilor la învățământul de masă*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.
- Booth, T. and Ainscow, M. (2011) *Index for Inclusion: Developing Learning and Participation in Schools*. Centre for Studies on Inclusive Education, Bristol.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological Models of Human Development. In *International Encyclopedia of Education*. Oxford: Elsevier. 37-43.
- Bywaters, P., Skinner, G., Cooper, A., Kennedy, E. & Malik, A. (2022). The relationship between poverty and child abuse and neglect: New Evidence. Nuffield Foundation. <https://www.nuffieldfoundation.org/events/relationship-between-poverty-and-child-abuse-and-neglect>
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 56(1), 96–118.
- Clemens, V., Huber-Lang, M., Plener, P. L., Brähler, E., Brown, R. C., & Fegert, J. M. (2018). Association of child maltreatment subtypes and long-term physical health in a German representative sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1510278>
- Cozza, S. J., Ogle, C. M., Fisher, J. E., Zhou, J., Whaley, G. L., Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (2019). Associations Between Family Risk Factors and Child Neglect Types in U.S. Army Communities. *Child Maltreatment*, 24(1), 98-106. <https://doi.org/10.1177/1077559518800617>
- Deák, E. (2020). A gyermekvédelmi rendszer alakulása Romániában. *Erdélyi Társadalom*(XVIII)/1.
- Dubowitz, H., Newton, R. R., Litrownik, A. J., Lewis, T., Briggs, E. C., Thompson, R., ... Feerick, M. M. (2005). Examination of a conceptual model of child neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 173-189. DOI: 10.1177/1077559505275014.
- Dubowitz, H., Kobulsky, J.M., Proctor, L.J. (2022). Recent Research on Child Neglect. In: Krugman, R.D., Korbin, J.E. (eds) *Handbook of Child Maltreatment*. Child

- Maltreatment, vol 14. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-82479-2_2
- Elias, T. I., Blais, N., Williams, K., & Burke, J. G. (2018). Shifting the Paradigm from Child Neglect to Meeting the Needs of Children: A Qualitative Exploration of Parents' Perspectives. *Social Work in Public Health*, 33(7–8), 407–418. <https://doi.org/10.1080/19371918.2018.1543625>
- Elwakeel, S., A. Mahpur, M., Saadati, N.(2024).Cultural Influences on Perceptions of Parenthood and Family Life. *Journal of Psychosociological Research in Family Life*, 2(3).29-35. <https://doi.org/10.61838/kman.jprfc.2.3.5>
- Eurostat (2024) Children at risk of poverty or social exclusion, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Children_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion#Highlights
- Flynn, R.M., Shaman, N.J. & Redleaf, D.L. (2023). The Unintended Consequences of “Lack of Supervision” Child Neglect Laws: How Developmental Science Can Inform Policies about Childhood Independence and Child Protection. *Social Policy Report*, 36. 1-38. <https://doi.org/10.1002/sop2.27>
- Font, S.A. & Maguire-Jack, K. (2020). It's not “Just poverty”: educational, social, and economic functioning among young adults exposed to childhood neglect, abuse, and poverty. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104356. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104356>
- Gibbs, J., Coughlan, B., Morgan, T., Mikushnica, A., Phippard, S., Crozier-Roche, F., Drayak, T., Graham, D., Smith, J., Duschinsky, R. (2024).Social Workers' Perceptions of the Nature of Child Neglect: A Systematic Literature Review, *The British Journal of Social Work*, 54 (8) 3619-3637, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcae102>
- Gunnar, M. R., & Bowen, M. (2021). What was learned from studying the effects of early institutional deprivation. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, 210, 173272. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173272>
- Hicks, L. & Stein, M. (2015), Understanding and working with adolescent neglect. *Child & Family Social Work*, 20: 223-233. <https://doi.org/10.1111/cfs.12072>
- Johnson, H., Welch, G., Wilhelm, L.(2013).*The Neglected Child: How to Recognize, Respond, and Prevent*. Gryphon House, Incorporated.
- International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect. (2006a). ICAST-C – The ISPCAN Child Abuse Screening Tool-Child Version: Manual and Proposed Guidelines for Pilot Administration.
- International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect. (2006b). ICAST Parent Interview: Procedures Manual and Field Test Guide for Investigators & Project Managers.

- Kálmánchey, M. (2001). Nevelőszülőnél élő gyerekeknél előforduló pszichés problémák. *Család, Gyermek, Ifjúság* 2001/2, 45-53.
- Kim, J., Chung, Y., & Ahn, H. (2023). Poverty and child maltreatment: a systematic review. *Journal of Public Child Welfare*, 18(4), 882–914. <https://doi.org/10.1080/15548732.2023.2264819>
- Klevens, J., Ports, K. A., Austin, C., Ludlow, I. J., & Hurd, J. (2018). A cross-national exploration of societal-level factors associated with child physical abuse and neglect. *Global public health*, 13(10), 1495–1506. <https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1404622>
- Legea nr 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului
- Legea nr. 191/2022 pentru modificarea și completarea Legii nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului
- Lippard, E. T. C., Nemeroff, C. B. (2023). The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 180(8), 548–564. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.19010020>
- Logan-Greene, P., & Semanchin Jones, A. (2018). Predicting chronic neglect: Understanding risk and protective factors for CPS-involved families. *Child and Family Social Work*, 23(2), 264–272. <https://doi.org/10.1111/cfs.12414>
- Maguire-Jack, K., & Font, S. A. (2017a). Intersections of individual and neighborhood disadvantage: Implications for child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 72, 44–51. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.10.015>
- Maguire-Jack, K., & Font, S. A. (2017b). Community and Individual Risk Factors for Physical Child Abuse and Child Neglect: Variations by Poverty Status. *Child maltreatment*, 22(3), 215–226. <https://doi.org/10.1177/1077559517711806>
- Marin, M., & Stănculescu, M. S. (2019). Evoluția sistemului de protecție a copilului în România în ultimii 30 de ani: Development of the child protection system in Romania for the past 30 years. *Sociologie Românească*, 17(2), 60-91. <https://doi.org/10.33788/sr.17.2.3>
- Mbagaya, C., Oburu, P., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2013). Child physical abuse and neglect in Kenya, Zambia and the Netherlands: a cross-cultural comparison of prevalence, psychopathological sequelae and mediation by PTSS. *International journal of psychology: Journal international de psychologie*, 48(2), 95–107. <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.691975>
- McGuier, D.J., Azar, S.T. & Britt, K.C. (2024). Executive Functioning, Affective Misappraisals and Parenting Risk: Pathways within Disadvantaged Mother-

- Child Dyads. *Journal of Child Family Studies* 33, 3740–3752 . <https://doi.org/10.1007/s10826-024-02941-9>
- McLaughlin, K.A., Sheridan, M.A., Winter, W., Fox, N.A., Zeanah, C. H., & Nelson, C. A. (2014). Widespread reductions in cortical thickness following severe early-life deprivation: A neurodevelopmental pathway to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 76, 629–638
- Melton, G., B.(2014). Strong Communities for Children: A Community-Wide Approach to Prevention of Child Maltreatment. In Korbin, J., E., Krugman, R., D. (Eds.) *Handbook of Child Maltreatment* (pp.329-339).Springer.
- Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H.& Roskam, I. (2018). Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse and Neglect*, 80, 134–145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.025>
- Molnar, B.E., Scoglio, A.A.J., Beardslee, W.R. (2022). Community-Level Prevention of Child Maltreatment. In: Krugman, R.D., Korbin, J.E. (eds) *Handbook of Child Maltreatment*. Vol. 14. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-82479-2_23
- Mulder, T.M., Kuiper, K.C., van der Put, C. E., Stams, G.-J.J. M., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect*, 77, 198–210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>
- Nakajima, M. (2024). The moderating effect of maternal childhood maltreatment on the association between social support and parenting outcomes. *Psychiatry Research Communications*, 4(4). <https://doi.org/10.1016/j.psychom.2024.100198>
- Naughton, A. M., Maguire, S. A., Mann, M. K., Lumb, R. C., Tempest, V., Gracias, S., & Kemp, A. M. (2013). Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review. *JAMA pediatrics*, 167(8), 769–775. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.192>
- Newton, B. J. (2019). Understanding child neglect in aboriginal families and communities in the context of trauma. *Child and Family Social Work*, 24, 218–226. <https://doi.org/10.1111/cfs.12606>
- Nikolaidis, G., Petroulaki, K., Zarokosta, F., Tsirigoti, A., Hazizaj, A., Cenko, E., Brkic-Smigoc, J., Vajzovic, E., Stancheva, V., Chinceva, S., Ajdukovic, M., Rajter, M., Raleva, M., Trpcevska, L., Roth, M., Antal, I., Ispanovic, V., Hanak, N., Olmezoglu-Sofuoglu, Z., Umit-Bal, I., ... Browne, K. (2018). Lifetime and past-year prevalence of children's exposure to violence in 9 Balkan countries: the BECAN study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 12, 1. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0208-x>

- Ordin 25 din 3 ianuarie 2019 privind aprobarea standardelor minime de calitate pentru serviciile sociale de tip rezidențial destinate copiilor din sistemul de protecție special.
- Organizația, Salvați, & Copii. (2021). *Studiu privind incidența violenței asupra copiilor*. București: Speed Promotion.
- Pollak, S. D., Nelson, C. A., Schlaak, M. F., Roeber, B. J., Wewerka, S., Wiik, K. L., Gunnar, M. R. (2010). Neurodevelopmental Effects of Early Deprivation in Post-Institutionalized Children. *Child Development* 81(1), 224–236.
- Proctor, L., & Dubowitz, H. (2014). Child Neglect: Challenges and Controversies . In J. E. Korbin, & R. D. Kruger, *Handbook of Child Maltreatment* (old.: 27-62). Dordrecht: Springer.
- Rácz, A. (2012). Gyermekvédelemben nevelkedettek helyzete a kutatások tükrében. In B. Csurgó, R. Hodosán, A. Rácz, & S. Szomathelyi, *Gyermekvédelemben nevelkedettek társadalmi integrációs esélyei* (old.: 13-34). Budapest: Rubeus Egyesület.
- Rueness, J., Myhre, M. C., Strøm, I. F., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., & Thoresen, S. (2019). The mediating role of posttraumatic stress reactions in the relationship between child abuse and physical health complaints in adolescence and young adulthood. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1608719>
- Rus, A. V., Parris, S., Cross, D. R., & Purvis, K. (2010). *Romanian Institutionalized Children's Privation and Bronfenbrenner's Ecological System's Theory*. Conference Paper.
- Schneider, W., Waldfogel, J., & Brooks-Gunn, J. (2017). The Great Recession and risk for child abuse and neglect. *Children and youth services review*, 72, 71–81. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.10.016>
- Sattler K. M. P. (2022). Protective factors against child neglect among families in poverty. *Child abuse & neglect*, 124, 105438. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105438>
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). *Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4): Report to Congress*. Washington DC: Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- Shanahan, M.,E., Runyan, D., K., Martin,S., L., Kotch, J., B. (2017). The Within Poverty Differences in the Occurrence of Physical Neglect. *Children and Youth Services Review*, 75, pp. 1-6. doi: 10.1016/j.childyouth.2017.02.014
- Spencer, N., & Baldwin, N. (2005). Economic, Cultural and Social Contexts of Neglect 26. In J. Taylor, & B. Daniel, *Child Neglect. Practice Issues for Health and Social Care* (old.: 26- 42). London: Jessica Kingsley Publishers .

- Stănculescu, M. S., Grigoraș, V., Teșliuc, E., & Pop, V. (2016). *Copiii din sistemul de protecție a copilului*. București: Banca Mondială.
- Stein, M. (2007). Resilience and Young People Leaving Care. *Child Care in Practice*, 14(1), 35–44. <https://doi.org/10.1080/13575270701733682>
- Stein, M. (2012). *Young People Leaving Care: Supporting pathways to adulthood*. Jessica Kingsley Publications.
- Strathearn, L., Mamun, A. A., Najman, J. M., & O'Callaghan, M. J. (2009). Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatrics* 123 (2), 483–493.
- Strathearn, L., Giannotti, M., Mills, R., Kisely, S., Najman, J., & Abajobir, A. (2020). Long-term Cognitive, Psychological, and Health Outcomes Associated With Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*, 146(4), e20200438. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0438>
- Taylor, J., Dickens, J., Garstang, J., Cook, L., Hallett, N. & Molloy, E. (2024) Tackling the 'normalisation of neglect': Messages from child protection reviews in England. *Child Abuse Review*, e2841. Available from: <https://doi.org/10.1002/car.2841>
- Younas, F., & Gutman, L. M. (2023). Parental Risk and Protective Factors in Child Maltreatment: A Systematic Review of the Evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3697–3714. <https://doi.org/10.1177/15248380221134634>
- Vanderminden, J., Hamby, S., David-Ferdon, C., Kacha-Ochana, A., Merrick, M., Simon, T. R., Finkelhor, D., & Turner, H. (2019). Rates of neglect in a national sample: Child and family characteristics and psychological impact. *Child abuse & neglect*, 88, 256–265. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.014>
- van IJzendoorn, Marinus H et al. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 1: a systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry*, (7) 8, 703 – 720. doi:10.1016/S2215-0366(19)30399-2
- van IJzendoorn, M. H., Palacios, J., Sonuga-Barke, E. J., Gunnar, M., Vorria, P., McCall, R. B., Juffer, F. (2011). Children in Institutional Care: Delayed Development and Resilience. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 8-30.
- Vincent, J., Hovatta, I., Frissa, S., Goodwin, L., Hotopf, M., Hatch, S. L., Breen, G., & Powell, T. R. (2017). Assessing the contributions of childhood maltreatment subtypes and depression case-control status on telomere length reveals a specific role of physical neglect. *Journal of affective disorders*, 213, 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.031>

- Zeanah, C. H., Humphreys, K. L., Fox, N. A., & Nelson, C. (2017). Alternatives for Abandoned Children: Insights from the Bucharest Early Intervention Project. *Current Opinion in Psychology* 15, 182-188.
- Zhang, L., Gulati, I., MacNeil, A., Fuller-Thomson, E.(2024). What factors attenuate the relationship between childhood neglect and adverse health outcomes? Examining the role of socioeconomic status, health behaviors, and the presence of a protective adult. *Child Abuse & Neglect*,158 <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107075>.
- Zhang, X., Xiao, Y., Mao, F., Xu, Z., & Cao, F. (2025). Role of Maternal Adverse Childhood Experiences on Infant Neglect: A Multi-Perspective Approach. *Journal of Interpersonal Violence*, 40(1-2), 443-464. <https://2t10pw50b-y-https-doi-org.z.e-nformation.ro/10.1177/08862605241248437>
- <https://copii.gov.ro/1/date-statistice-copii-si-adoptii/>
- <https://copii.gov.ro/1/ultimele-centre-de-plasament-din-romania-se-vor-inchide-in-urmatorii-2-ani/> , letöltve 2024 dec. 17.
- <https://www.libertatea.ro/stiri/de-ce-n-a-reusit-statul-roman-sa-i-scoata-pe-copii-din-centrele-de-plasament-nici-dupa-trei-decenii-de-la-revolutie-4664615>
- <https://www.statista.com/statistics/1103473/child-abuse-cases-romania/>

6.

GYERMEKKERESKEDELEM

László Éva

Az emberkereskedelem, különösen a gyermekek „prostitúciós vagy egyéb célú adásvétele a világ egyik legalattomosabb és legnehezebb problémája” mondja E. Aghatise (2002). Nevezik még a modernkor rabszolga-kereskedelmének, mivel szervezésének, működésének lényege félelmetes hasonlóságot mutat a letűntnek vélt idők rabszolgaságával. A gyermekek ellen elkövetett erőszak komplex megnyilvánulása amely fizikai, érzelmi, szexuális bántalmazások, gazdasági visszaélések sorozata. Az áldozati helyzetbe kerülő kiskorú és az elkövető kapcsolatát tekintve is számtalan változat mutatkozik. Számos esetben az elkövetők legalább egyike a gyermek számára egy bizalmi vagy gondozói személy, kortárs barát. Ugyanakkor a gyermekkereskedelem folyamán számos más, számára idegen bántalmazó, kihasználó a helyzetével visszaélő személlyel kerül kapcsolatba.

Az emberkereskedelem, a fegyver és drogkereskedelem mellett az egyik legjövedelmezőbb „iparággá” nőtte ki magát. A Nemzetközi Munkaügyi Szervezetet 2024-es jelentése szerint, a kényszermunka lebonyolítóinak áldozatonként 10.000 amerikai dollár, világviszonylatban összességében évente 236 milliárd dollár illegális nyereséget becsülnek (ILO, 2024).

A jelenség megítélését nehezítik a meghatározással kapcsolatban felmerült kérdések. Pl. Ki tekinthető áldozatnak? A nemzetközi gyakorlatban egyre gyakrabban használják úgy az „azonosított áldozat” mint a „feltételezett áldozat” kategóriáját. Így Romániában is, ahol az Országos Emberkereskedelem Elleni Ügynökség adatbázisában külön jelölik az áldozatoknak az ilyen típusú státusát. Az emberkereskedelem elleni irányelv fogalom meghatározásával összhangban az „azonosított áldozat” az illetékes hatóságok által hivatalosan azonosított személyekre utal míg a „feltételezett áldozat” kifejezést olyan helyzetekben használják mikor egy személy helyzete kimeríti az áldozatstátushoz szükséges kritériumokat, de akit a hatóságok nem azonosítottak hivatalosan áldozatként vagy aki visszautasította, hogy törvényesen és hivatalosan az emberkereskedelem áldozataként azonosítsák (EUROSTAT, 2015, 2011/36/EU irányelv, 335/2007/es Belügyminisztériumi rendelet).

Az emberkereskedelemről való értekezés összefonódik más jelenségekről való gyakorlati és elméleti elemzésekkel mint pl. embercsempészet, illegális migráció, prostitúció.

Nemzetközi szinten legelőször az ENSZ megfogalmazása talált elfogadásra, amely a jelenséget a szervezett bűnözés körében tárgyalta/tárgyalja az *Emberkereskedelem, különösen a nőkkel és gyermekekkel való kereskedelem megelőzésére, visszaszorítására és büntetésére vonatkozó egyezmény* nevű okiratban (Palermói egyezmény néven is szokták emlegetni) (UN General Assembly, 2000).

Meghatározás

A Palermói egyezmény értelmében, emberkereskedelemnek minősül, ha valaki:

(1) ... személyeket toboroz, személyt toboroz, támogat, továbbad, elszállásol, illetve később befogad, a más személy feletti ellenőrzésben részt vesz, vagy az ellenőrzést továbbadja, amennyiben ezt az alábbi körülmények között követik el:

- a) erőszak vagy kényszer más formájának alkalmazása – beleértve az emberrablást – vagy az azzal való fenyegetés útján, vagy

- b) rosszhiszemű megtévesztés vagy csalás útján, vagy
- c) valamely hatalmi pozíció felhasználása vagy a védekezésre képtelen állapot kihasználásával olyan módon, hogy az érintett személynek nincs valódi és választható lehetősége, minthogy a visszaélésnek alávesse magát, vagy
- d) kifizetések vagy más kedvezmények felajánlása vagy elfogadása útján abból a célból, hogy a más személy felett ellenőrzést gyakorló személy beleegyezését megszerezzék.

(2) Az emberkereskedelem sértettjének beleegyezését a szándékos és ténylegesen megvalósult kizsákmányoláshoz nem lehet figyelembe venni, ha az (1) bekezdésben meghatározott körülmények bármelyike adott.

Gyermek és felnőtt közti különbség

A gyermekek különösképpen kiszolgáltatottjai az emberkereskedelemnek. Az emberkereskedők számára könnyebb célpontot jelentenek, egyszerűbb a kényszer, félrevezetés, vagy manipuláció révén megközelíteni, illetve a kihasználó környezetben tartani őket. A gyermekek másoktól/felnőttektől való erősebb függése, ismeretei hiánya, még fejletlen pszichés képességeik és fizikai erőnlétük kevesebb esélyt adnak a veszélyhelyzet felismerésére, a segítségkérésre, vagy egyáltalán arra, hogy egy kényszerítő hálózathoz kiszabadulhassanak. Általában véve kevesebb erőforrással rendelkeznek ahhoz, hogy cselekményeik következményeit teljes körűen megértsék és jogukat gyakorolják (Halett, 2017, László és Antal, 2014, Aninoşanu és mts., 2012, Gamble, 2010, Gavril és Tămaş, 2009).

Mindezeket figyelembe véve az egyezmény a következő cikkelyekkel folytatódik:

(3) Ha az (1) bekezdésben említett magatartás gyermekekre irányul, büntetendő emberkereskedelemnek minősül akkor is, ha az (1) bekezdésben meghatározott módszerek egyikét sem alkalmazták.

(4) E kerethatározat alkalmazásában *gyermek* minden 18. életévét be nem töltött személy.” (UN 2000, 2 old)

Ezzel a nemzetközileg széles körben elfogadott meghatározással van összhangban a romániai törvénykezés is (678/2001-es törvény, Románia büntető törvénykönyve, 286/2009-es törvény: 210 és 211-es cikkelyek).

A kihasználás legismertebb, és leggyakrabban alkalmazott formája a szexuális kihasználás (ANITP, 2017, EUROSTAT, 2024, Aninoșanu és mts., 2012) amely mellett Európában a leggyakrabban megjelenő kihasználási formák a munkakihasználás, koldulásra, bűncselekményekre való kényszerítés. Ritkábban, de megjelenik a házasságra kényszerítés, szervkereskedelem, illegális örökbefogadás célzatú ember- vagy gyermekkereskedelem is.

A kiskorúakat érintő emberkereskedelem problémája kapcsán Románia első ízben az 1990-es évek elején kényszerült hivatalos állásfoglalásra (vagyis a jelenség létezésének elismerésére), mikor több száz romániai gyermek jutott az országhatáron kívülre illegális örökbefogadás útján (Salvați copiii, 2003). Az évek során fokozatosan kerültek napfényre a kihasználás változatos formái.

A 2000-es években a jelenséget jellemzően nemzetközi és migrációs kontextusban tárgyalták, az utóbbi évek romániai tapasztalatai és kutatási adatai is egyértelműen mutatják, hogy a személyekkel való kereskedésnek nem feltétele az országhatárok átlépése. Az országon belül történő eladások illetve kihasználások esetén gyakran az emberkereskedők csupán a megszokottól eltérő környezetbe viszik az áldozatot, elszigetelve a családjától és otthoni közösségétől, így növelve kiszolgáltatottságát, függőségét fokozva sérülékenységét és kontrollálhatóságát (Aninoșanu és mts., 2012, László, 2016).

Elterjedtsége

A nemzetközi emberkereskedelem jelenségének méreteiről és kiterjedtségéről csak megközelítőleg tudunk beszélni, annak ellenére, hogy számos ország tesz közös erőfeszítést ennek meghatározására. Globális viszonylatokat tekintve (United Nations Office on Drugs and Crime, 2024),

a 2022-ben összesített 130 országra kiterjedő adatbázis 68.090 áldozatot tart nyilván, Közép Amerikán és a Karib térségén kívül, mindenhol a beazonosított áldozatok növekvő tendenciát mutatva a 2020-as adatokhoz viszonyítva. A gyermekáldozatok, az össz esetszám 38%-át teszik ki. Az elszennvedett kihasználási formákat illetően úgy a lányok mint a fiúk esetében megmaradtak, a már ismert trendek. A lányokat (22% az össz áldozatok csoportjának) jellemzően szexuálisan zsákmányolták ki a fiúkat (16%) elsősorban kényszermunka által illetve bűncselekmények elkövetésével használták ki. Romániában, a 2024-2028-as időszakra vonatkozó Nemzeti Emberkereskedelem elleni Stratégiában (533/2024. számú kormányhatározat) ismertetett adatok szerint, 2018-2022 közötti időszakban az ember-és gyermekkereskedelm csökkenő tendenciát mutat az országban - a férfiak esetében határozottabban mint a nők esetében. Az összlétszám csökkenése nemcsak a nemi hanem az életkori dimenzió mentén is egyenlőtlenséget mutat. A kiskorúak aránya emelkedik, a 2012-2016 közötti egyharmadról szinte a felére, 47%-ra nőtt (a kiskorú lakosság körében a 100.000 gyerekre jutó 8,65 esetről 15,15-re emelkedett). A lányok továbbra is jelentősen magasabb arányban (40% a 47%-ból) vannak jelen.

A gazdasági, politikai változások hatására az emberkereskedelem jellege is változik. Példának tudnánk felhozni az egyes jogi, politikai változtatásokat és az arra adott válaszreakciót a szervezett bűnözés részéről. Például Romániának az EU-hoz való csatlakozása, a kiskorúaknak az országhatárok átlépését szigorító feltételek, a gyermekkereskedelem szigorított büntetése nagy valószínűséggel hozzájárult a romániai, kiskorúakat kihasználó hálózatok országhatáron belüli működéséhez (az országos és nemzetközi jelenség nagyságrendben kezdett kiegyenlítődni és a kiskorúak inkább az országhatáron belül maradtak, Aninoșanu, 2012, László-Bodrogi, 2015, László és mts., 2015).

A Covid-járvány időszakának változásai (mozgáskorlátozások, virtuális terek használatának jelentős elterjedése) a gyermekkereskedők csoportjainak stratégiáit is befolyásolták és „szakosodni” kezdtek az online toborzás és szexuális kihasználás (pornográf tartalmú anyagok készítése, és ezekkel való kereskedés) terén (533/2024. számú kormányhatározat, Nemzeti Emberkereskedelem elleni Stratégia, 12.old).

A kizsákmányolás földrajzi helyszíneit tekintve, a romániai áldozatokat az országhatáron belül és Európa különböző országaiban használják ki, 2012-től, körülbelül egyenlő arányban. Az országon belül, az elkövetők elsősorban a kiskorúakat keresik (10-ből 7 kiskorú, nagyrészt szexuálisan kihasznált lányok). Ezek mellett, az utóbbi 5 évben, 17 külföldi állampolgárt hivatalosan is azonosítottak, aki Románia területén került emberkereskedők kezébe.

A nemzetközi vonalat tekintve, Románia megmaradt, az európai államok fő származási országának (USDS, 2024). Az egyes országokra jellemző (elsősorban törvényi és gazdasági) változások tükröződnek a bűnhálózatok területi aktivitásában is. Míg 2012-2016 között Németország, Olaszország, Spanyolország és Görögország voltak a Romániából származó személyekkel kereskedők által kedvelt országok, 2018-2022 között legelső helyen az Egyesült Királyság szerepel majd Franciaország, Svájc és Svédország jelenik meg a fő célországok között.

Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a virtuális tér, mint a kihasználás helyszíne (gyermekpornográf tartalmak készítése, terjesztése), a célországok meghatározását is megváltoztatja ugyanis a szexuális tartalmakkal visszaélőknek (és ezekért fizető személyeknek) nem kell egy fizikai térben legyennek az áldozatokkal, egy időben sok kihasználó-felhasználó illetve (viszont-)eladó létezhet.

Az áldozattá válás kockázata

Provokálóan és nyíltan szegezi szembe velünk a kérdést Lăzăroiu egy 2003-as tanulmányában, melynek címe: „Ki a következő áldozat?” („Who is the next victim?”). A választ keresve, pókhálószerűen fonódnak össze a mai társadalmi, politikai, gazdasági és szociális problémák, melyek sokrétű összhatása táptalaja a családi és egyéni kockázati tényezőkkel terhelt személyek kihasználásának.

Az ökológiai modell (lásd elméleti magyarázatok fejezetben) alapján vázoljuk azokat a tényezőket amelyeket a szakirodalom összefüggésbe hoz a jelenség kialakulásával és fennmaradásával. A romániai kutatások (László,

Roth, 2023, Antal és László, 2015, László, 2015, Ştefan, 2006), a nemzetközi vizsgálatokkal összhangban (Gabriëlle Mercera és mts., 2024, Gabriëlle Mercera és mts., 2023, Franchino-Olsen, 2019) a szexuális és munkakihasználást célzó jelenség jellemzőit vizsgálva következők hatását emelik ki:

a) Társadalmi, közösségi tényezők:

Gazdasági tényezők: szegénység (az objektív szegénység és szubjektív szegénység- a szegénységi állapot megélése a vágyak és a lehetőségek észlelt diszkrepanciája miatt), a munkaerőpiaci elhelyezkedés hiánya.

A szegény közösségekben élő családok, gyakran szorulnak uzsorások „segítségére”, a kevesebb erőforrással rendelkezők így még nagyobb mértékben kiszolgáltatottakká válnak, akár ugyanannak a közösségnek a hatalommal bíró tagjaival szemben. Az uzsorások fele való tartozás eltörlésének fejébe a családok néha egy családtag „munkáját” ajánlják fel (Antal, László 2015). A szegénység gyakran együtt jár más kockázati tényezőkkel: iskolázatlanság/iskolaelhagyás, analfabetizmus, a közösségi infrakcionalitás szintjének növekedése.

A gazdaságban megjelenő fekete és/vagy szürke munka, a változó munkakörülményekhez való alkalmazkodásra való rákényszerülés mind „ismerőssé” teszik a potenciális áldozatok számára a kihasználási helyzetet és csökkentik a veszély jeleinek felismerését. Ahol megszokott az, hogy a munkáltató nem köt hivatalos munkaszerződést a munkásokkal, nincs előre megegyezett és betartott bérezési rendszer, nehéz arra biztatni az embereket, hogy ne fogadjanak el olyan (belföldi vagy külföldi) állást, amire nem kötnek hivatalos szerződést.

A társadalmi tényezők között fontos megemlítenünk az ország jogi rendszerét- munkajog, büntető és civil jogrendszer és joggyakorlat hatását. Ezek minél elnézőbbek a visszaélési, törvénszegési helyzetekkel annál inkább elősegíti a bűnözés elkövetését, normalizálja a szabályok megsértését.

Társadalmi attitűdök, értékek, hagyományok

Ami a szexuális típusú kihasználást illeti, a prostitúció, a szexualitás kérdéseinek társadalmi szintű kezelése, a nemi sztereotípiák és diszkrimináció szorosan összefüggnek a lánykereskedelem fenntartásával-legerősebb hatása a **szexuális szolgáltatások iránti igény** normalizálása, a szexiparban megjelenő szolgáltató iránti érdektelen magatartás (Aninoșanu és mts., 2012, Gamble, 2010, Gavril és Tămaș, 2009, Linanowska, 2002).

b) Családi tényezők:

A megromlott családi kapcsolatok, a bántalmazó viszonyok (gyermekbántalmazás, családon belüli erőszak), a családban előforduló szerfogyasztás, a családtagok bűnözői magatartása magas kockázati értékeket mutatnak az emberkereskedelem áldozatává válásának lehetősége szempontjából (László, Roth, 2023, Antal és László, 2015, László-Bodrogi, 2015, Aninoșanu és mts., 2012). Természetesen, a rossz családi működések a gyermekek esetében nagyobb negatív hatást fejt ki mint a felnőttek esetében (Antal és László, 2015, László-Bodrogi, 2015, László és mts., 2015).

c) Egyéni tényezők:

Előzetes bántalmazás, és/vagy kihasználás élmények, a rossz, reménytelen helyzetből való kitörési vágy (ha ez társul az erőforrások hiányával), az iskolaelhagyás, az egyéni lehetőségek- képességek-elvárások közötti diszkrpanciák.

A legmagasabb kockázattal rendelkezők közé soroljuk azokat a csoportokat, akiknek tagjai a többséghez képest nagyobb gyakorisággal váltak áldozattá (vagy elkövetővé). A gyermekek körében a hontalan, felnőtt kísérő nélkül külföldre érkező (Aninoșanu és mts., 2012, Reid, 2012), mentális zavarral élő fiatalok (Aninoșanu és mts., 2012), a nagyon szegény, marginalizált csoporthoz tartozó gyermekek (általában roma közösségekből jövő, Kushen, 2011, Lăzăroiu, 2003) illetve a családjuktól elszakadt, intézetekben nevelkedő fiatalok, gyermekek (Roth és mts., 2018, Arpintie és Crețu, 2007).

A szabályozások, a jelenség jobb megértése, a szolgáltatások létrehozása nagy mértékben segítik a gyermekáldozatok kihasználási helyzetekből való kiszabadulását, viszont az áldozatok vagy a kihasználási helyzetek megítélése még mindig kihívást jelent sok szakember számára.

Hill és Diaz (2020) felhívják a figyelmet, hogy a vulnerabilitás vagy kockázati tényezők alapján összeállt, a jelenségről kialakult kép (beleértve, az „igazi” áldozatról, elkövetőről, a szolgáltatásokat használókról, az ezen szereplők egymásközötti viszonyáról) vakfoltokhoz is vezethet az áldozatok felismerésében. A nők és lányok nagyobb arányú jelenléte az áldozatok (össz számban és a szexuális kihasználás esetén) csoportjában úgy az ismert adatok, mint a kutatások által alátámasztott. Ez a tény viszont beárnyékolhatja szexuálisan kihasznált fiúk eseteinek felismerését, ha a szakemberek mereven csak a legerősebb és legtipikusabb kockázati tényezőkből adódó jellemzőkre figyelnek (lány, szegény, családban történő bántalmazás vagy konfliktusokkal súlyosan terhelt családi kapcsolatok) (Gabriëlle Mercera és mts., 2023, Hill és Diaz, 2020, Petrea, 2019) vagy homogénnek tekintik az áldozatok csoportját (László és Roth, 2023).

A felismerést akadályozó tényezők közé tartozik a kiskorúak felnőttekre jellemző döntési és cselekvőképességekkel való felruházása (Hallett, 2017) („ő akarta”, „beleegyezett”), a döntési körülmények figyelmen kívül hagyása, a szakemberek azon meggyőződése, hogy a gyermekkereskedelem csak erővel való rákényszerítés révén történhet aminek következtében a szexuális kihasználási helyzetben levő gyermeket (főleg a tinédzser korúakat) inkább tekintenek szabad választáson alapuló szexmunkásnak vagy prostituáltként, a koldulásra, vagy különböző bűncselekményekre kényszerített gyermeket inkább kezelhetnek bűnözőként, mint gyermekkereskedelem áldozataként. A felismerés elmulasztása meg együtt jár a szolgáltatásnyújtás elmulasztásával (Gonzalez-Pons et al., 2019).

A gyermekkereskedelem jelenségének dinamikus, folyamatjellegű megközelítésében több, egymástól elhatárolható szakaszt különböztetünk meg:

I. fázis: **A toborzás** célja a potenciális áldozatok különböző módszerekkel való behálózása, vulnerabilitásának, függőségi szintjének növelése aminek végeredményeképp kiválasztódnak azok a gyermekek/fiatalok akiket az emberkereskedők a kihasználási helyzetbe juttatnak.

II. fázis: **A szállítási fázis**- csak abban az esetben valósul meg, ha az áldozatot/potenciális áldozatot más helységben, helyszínen használják ki. Legnagyobb jelentősége a nemzetközi kereskedelem esetében van. Gyakran az áldozatok, közvetlen a kihasználás előtt, a célországba érkezve ismerik fel a veszélyt (Aninoşanu és mts., 2012). Ilyenkor gyakran már szigorúan ellenőrzik őket, javaikat, papírjaikat elvették.

III. fázis: **Az eladás** a folyamat bármely szakaszában megvalósulhat A többszörös eladás inkább a szexuális kihasználásra jellemző. Bizonyos esetekben a külföldre, szexpiacra szánt lányok szállítását megszakítják az országban, akár több „tulajdonos” kezén átmehetnek, akik vagy egyszerűen továbbadják magasabb áron, vagy futtatják és egy idő után adják tovább (Aninoşanu és mts., 2012).

IV. fázis: **Kizsákmányolás**: Megérkezés után a kizsákmányolók átveszik a gyermekek élete fölötti ellenőrzést. Munkájukat, legyen az lopás, koldulás, szexuális szolgáltatások, rendszeresen, pontosan kell végezniük a kihasználók feltételei szerint. Legtöbbször pontosan megszabják számukra a „normát”: mennyi pénzt kell keresni (pl. koldulás és szexmunka esetén), hány órát (az előbbieken kívül a táncolás, mezőgazdasági, házimunka esetén). Sokszor azt is ellenőrzik, hogy mikor, mit és mennyit esznek, hogyan öltözködnek.

Korlátozzák a mozgásterüket, megszabják, hogy kivel beszélhetnek és kivel nem – főleg idegenekkel, kliensekkel nem (Antal és László, 2015, László és Antal, 2014, Aninoşanu és mts., 2012).

Az emberkereskedelem áldozatai gyakran kerülnek a hamis adósságok ördögi körébe: a kizsákmányoló azt állítja, hogy a csapdába esett személy tartozik neki az utazási, szállítási, étkeztetési stb. költségekkel, amelyet vissza kell adnia (Antal és László, 2015, László és Antal, 2014, Petrescu, 2005).

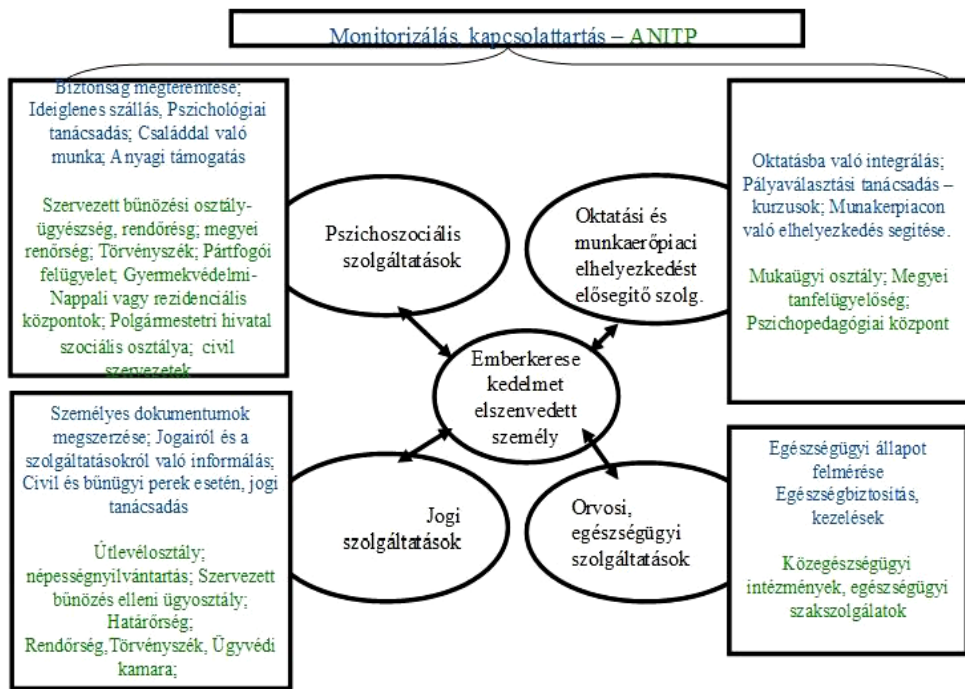
A menekülési kísérleteket rendszerint megtorolják. A fogoly- és büntetőtáborokban, rabszolgatartásban ismert módszerek itt is fellelhetők: beszögezett ablakos szoba, éheztetés, kenyér és víz, napi 10–20 óra munka (Wolfensohn 2004), csonkítások, nemi erőszak, a család, hozzátartozók megölésével való fenyegetés, az áldozatok megölésével való fenyegetés, néha tényleges gyilkosság (a többiek megfélemlítéseként) (László és Antal, 2014, Aninoșanu és mts., 2012).

V. fázis: **Kiszabadulás, hazatérés:** Mind a kiszabadulásban, mind a hazatérésben nagy szerepe van az implikált országok törvénykezésének. A áldozatok minél gyorsabb beazonosítása és a hatékony, koordinált segítő rendszer mozgásba hozása a célja az országos illetve nemzetközi beazonosítási és referálási mechanizmusoknak is (335/2007-es rendelet).

Az gyermekkereskedelem áldozatainak segítése

Mint más bántalmazási helyzetekben, a gyermekkereskedelem esetén is, a bántalmazás súlyossága függ az elkövető és áldozat kapcsolatától, az áldozat életkorától, a bántalmazás súlyosságától: a kihasználás és az elszenvedett erőszakos események típusai, gyakorisága, ideje. Ugyanakkor úgy a következmények, mint az erőszakélmények, a traumák feldolgozásának menete és sikeressége függ a gyermek egyéni, családi és közösségi erőforrásaitól. A gyermekkereskedelem esetekben nagy hangsúlyt kell fektetnünk azoknak a tényezőknek is a korrigálására, amelyek sérülékennyé tették a gyermeket vagy fiatalt. Így, a beavatkozásunk sikeressége attól is függ, hogy mennyire tudunk „visszamenni” a toborzás illetve az azt megelőző szakaszig.

1-es ábra. Esetkezelés, feladatok az áldozat reintegrációja érdekében (678/2001-es törvény alapján)



Forrás: saját szerkesztés

A gyermekkereskedelem esetekben történő beavatkozások rendszerint megkövetelik a multidiszciplináris (szociális munkás, pszichológus, orvos, rendőr, ügyész, ügyvéd, tanár, esetenként más szakember) és interinsztitucionális (több intézményből/hivatalból való szakember) csapat összehívását és ennek koordinált beavatkozását (Barnert és mts., 2019, Petrea, 2019, Judge, 2018), a túlélők bevonását a jogi eljárások és pszichoszociális szolgáltatások folyamatának teljes egészében (Barnert és mts., 2019) valamint az ökológiai megközelítést (Dolan és McGregor, 2019). Az esetek komplexitása miatt, a kihasználásnak alávetett túlélőkkel való munka gyakran kihívást jelent azoknak a szakembereknek is akik az erőszak és/vagy bántalmazás más formáit szenvedőkkel való munkában, a traumafeldolgozás területén jártasak (Pascual-Leone és mts, 2016). A különböző intézmények, szakemberek feladatát meghatározza a 678/2001-es törvény is. Ennek vázlatos ábrázolását lásd az 1-es ábrán.

Irodalomjegyzék

- Aninoșanu L., László É., Ulrich L., Stoian G. (2012) Speranțe, la vânzare - Cercetare calitativă privind traficul în vederea exploatării sexuale în România și Italia, în perioada 2007-2011, in *Speranțe, la vânzare - Cercetare calitativă privind traficul în vederea exploatării sexuale în România și Italia, în perioada 2007-2011*, CPE, București, 7 – 85.
- Antal I. és László É. (2015) The Situation Of Human Trafficking For Labour Exploitation In Romania, in *2nd International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts*, SGEM2015, 1031-1038. DOI: 10.5593/SGEMSOCIAL 2015/B11/S2.133
- Arpinte, D și Crețu, M. (2007). *Evaluare rapidă privind traficul de persoane în zonele București, Constanța, Iași și Ialomița*. Word Vision, București.
- Barnert, E., Kelly, M., Godoy, S., Abrams, L. S., Rasch, M., & Bath, E. (2019). Understanding Commercially Sexually Exploited Young Women's Access to, Utilization of, and Engagement in Health Care: "Work Around What I Need." *Women's Health Issues*, 29(4), 315–324. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.02.002>
- Dolan, P., & McGregor, C. (2019). Social support, empathy and ecology: a theoretical underpinning for working with young people who have suffered child sexual abuse or exploitation. In J. Pearce (Ed.), *Child Sexual Exploitation: Why Theory Matters* (pp. 173–192). Policy Press.
- Eurostat (2024). *Trafficking in human beings*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Trafficking_in_human_beings_statistics, letöltve 18 december 2024
- Franchino-Olsen, H. (2019). Vulnerabilities Relevant for Commercial Sexual Exploitation of Children/Domestic Minor Sex Trafficking: A Systematic Review of Risk Factors. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(1), 152483801882195. <https://doi.org/10.1177/1524838018821956>
- Gabriëlle Mercera, Noteboom, F., Timmermans, C., Leijdesdorff, S., Heynen, E., & Thérèse van Amelsvoort. (2024). Sexual exploitation of young men: Background characteristics and needs from a life-course perspective. *Child Abuse & Neglect*, 152, 106794–106794. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106794>
- Gabriëlle Mercera, Roel Kooijmans, Leijdesdorff, S., Heynen, E., & Thérèse van Amelsvoort. (2023). Risk and Protective Factors for Sexual Exploitation in Male and Female Youth From a Cross-Cultural Perspective: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380231201815>
- Gamble, M. (2010). Sexual Exploitation and Abuse of Street Children in Romania: Catalysts of Vulnerability and Challenges in Recovery. *Second Annual*

- Interdisciplinary Conference on Human Trafficking.*, Lincoln: University of Nebraska-Lincoln, old. 1-26.
- Gonzalez-Pons, K. M., Gezinski, L., Morzenti, H., Hendrix, E., & Graves, S. (2019). Exploring the relationship between domestic minor sex trafficking myths, victim identification, and service provision. *Child Abuse & Neglect*, 104093. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104093>
- Gavril, I.G., Tămaş, A.M. (2009). *Traficul de copii în România: studiu asupra procesului de recrutare*. Buzău: ANITP.
- Hallett, S. (2017). *Making sense of child sexual exploitation: exchange, abuse and young people*. Policy Press.
- Hill, L., & Diaz, C. (2021). An exploration of how gender stereotypes influence how practitioners identify and respond to victims (or those at risk) of child sexual exploitation. *Child & Family Social Work*, 26(4). <https://doi.org/10.1111/cfs.12845>
- ILO (2024). *Profits and poverty: The economics of forced labour*. https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-10/Profits%20and%20poverty%20-%20The%20economics%20of%20forced%20labour_WEB_20241017.pdf, letöltve 2024 december 5
- Judge, A. M. (2018). Uncharted waters: Developing mental health services for survivors of domestic human sex trafficking. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(5), 287–297. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000196>
- Kushen, R. (2011). *Breacking the Silence. Trafficking in Romani Communities*. Budapest: European Roma Rights Centre and People in Need.
- Lăzăroiu, S., Alexandru, M. (2003). *Who is the next victim? Vulnerability of Young Romanian Women to Trafficking in Human Beings*. Bucureşti: IOM.
- László, É., & Roth, M. (2023). Seven faces of victimhood. *Belvedere Meridionale*, 35(1), 105–123. <https://doi.org/10.14232/belv.2023.1.7>
- László É. (2016) *The Process of Sex Trafficking Victimization*, in 3rd International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2016, Book 1 Vol. 1, 415-422, DOI: 10.5593/SGE.
- László É. Roth M., Antal I., Aninoşanu L. (2015) Evolution Of The Phenomenon Of Trafficking in Persons for the Purpose of Sexual Exploitation After Romania's Accession To The European Union, in *2nd International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts*, SGEM2015, old. 511 – 518.
- László-Bodrogi, É (2015) *Vulnerabilitate la traficare în scop de exploatare sexuală*, doktori disszertáció, BBTE.

- László É., Antal I. (2014). *Romanian situation of human trafficking for labour exploitation in agriculture.in. Human trafficking for labour exploitation in agriculture in Spain, Italy and Romania*, CPE, Bukarest, old. 71 – 113.
- Salvați copiii (2003). *Rapid Assessment of Trafficking in Children for Labour and Sexual Exploitation in Romania*. București: ILO.
- Roth, M., Antal, I., Dávid-Kacsó, Á., László-Bodrogi, É., Mureșan, A. (2018) Violence and Trauma in the Romanian Residential Child Protection, *Revista de Asistență Socială*, XVII, nr. 3/2018, 33-52.
- Pascual-Leone, A., Kim, J., & Morrison, O.-P. (2016). Working with Victims of Human Trafficking. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47(1), 51–59. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9338-3>
- Petrea, M. C. (2019). Towards an Understanding of Human Trafficking: Perspectives on the Social Work Policies Regarding the Victims of this Phenomenon in Post-Modern Romania. *Journal of Mediation & Social Welfare*, 1(1), 50–56. <https://doi.org/10.18662/jmsw/05>
- Petrescu, C. (2005). Traficul de femei – o problemă a societății moderne. *Calitatea Vieții*, XVI(3-4), 253–271
- USDS (US Department of State) (2024) Trafficking in Persons Report: Romania, <https://www.state.gov/reports/2024-trafficking-in-persons-report/romania/>, letöltve 2024 december 3
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). Global Report on Trafficking in Persons 2024. In Global report on trafficking in persons. <https://doi.org/10.18356/9789211069891>
- Wolfensohn, G. (2004). *Răspuns la problema traficului de copii: Ghid introductiv cu privire la intervențiile bazate pe drepturile copilului, extras din experiențele organizației Salvați Copii în Europa de sud-est*, Salvați Copii, Bucurest.

Törvények és nemzetközi dokumentumok:

- Európai Tanács, Az Európai Parlament és a Tanács 2011/36/EU irányelve az emberkereskedelem megelőzéséről, és az ellene folytatott küzdelemről, az áldozatok védelméről, valamint a 2002/629/IB tanácsi kerethatározat felváltásáról, http://thb.kormany.hu/download/5/a8/30000/2011_36_EU%20Ir%C3%A1nyelv.pdf, letöltve 2024 november 12
- Hotărârea nr. 49/2011 pentru aprobarea Metodologiei-cadru privind prevenirea și intervenția în echipă multidisciplinară și în rețea în situațiile de violență asupra copilului și de violență în familie și a Metodologiei de intervenție multidisciplinară și interinstituțională privind copiii exploatați și aflați în situații

de risc de exploatare prin muncă, copiii victime ale traficului de persoane, precum și copiii români migranți victime ale altor forme de violență pe teritoriul altor state), *Monitorul Oficial al României*, nr. 117 din 16 februarie.

Hotărârea nr. 533/2024 pentru aprobarea Strategiei naționale împotriva traficului de persoane pentru perioada 2024-2028, *Monitorul Oficial*, Partea I nr. 467 din 21 mai 2024.

Lege 286/2009, privind Codul Penal, *Monitorul Oficial al României*, nr. 510, 24 iulie.

Legea 678 din 21/11/2001, cu modificările ulterioare, privind prevenirea și combaterea traficului de persoane. *Monitorul Oficial al României*, nr. 783 din 11 decembrie.

ORDIN Nr. 335/2007 pentru aprobarea Mecanismului național de identificare și referire a victimelor traficului de persoane, *Monitorul Oficial al României*, nr. 849 din 17 decembrie.

UN General Assembly (2000) *Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, Supplementing the United Nations Convention against Transnational Organized Crime*, 15 November 2000, <https://www.refworld.org/legal/agreements/unga/2000/en/23886>, letöltve 2024 november 07

7.

A BÁNTALMAZÁS ÉS AZ ELHANYAGOLÁS KÖVETKEZMÉNYEI

Antal Imola, Roth Mária

Traumák és következményeik

Briere és Scott (2015) szerint „traumatikus egy esemény, ha rendkívül felkavaró, legalább átmenetileg túlterheli az egyén belső erőforrásait, és tartós pszichés tüneteket produkál” (10. oldal). A gyerekek ellen elkövetett bántalmazás és elhanyagolás egyike azoknak a traumás életeseményeknek, melyek talán a legnagyobb eséllyel vezetnek pszichológiai tünetek kialakulásához.

A traumatikus események közé soroljuk a természeti katasztrófákat (földrengés, árvíz, villámcsapás), a munkahelyi, közlekedési, otthoni baleseteket, valamint az emberek által elkövetett szándékos erőszakot. Ebbe az utolsó kategóriába sorolható a gyermekek ellen elkövetett rossz bánásmód összes formája. A traumatikus események áldozatait két kategóriába sorolhatjuk: elsődleges áldozatok, akiket az esemény direkt módon érint, valamint másodlagos áldozatok, akik szemtanúi azoknak a traumatikus eseményeknek, amelyek közeli személyeket, barátokat vagy éppen ismeretleneket érintenek. Elsődleges áldozat az a gyerek, aki játék közben súlyos balesetet szenved, akit fizikai vagy szexuális bántalmazás ér,

az a beteg gyermek, akit nem visznek orvoshoz, az a serdülő, akit a tanára igazságtalanul rágalmoz barátai előtt, a háborúban megsérült katona, a koncentrációs táborba hurcolt felnőtt vagy gyerek, a szülőktől elrabolt gyerek, valamint az édesanyja ironikus megjegyzéseinek rendszeresen kitett serdülő lány, akit barátaitól elszigetelnek. Azok a személyek, akik a családon belüli erőszak szemtanúi, az a gyerek, akinek szeme előtt testvére vagy éppen édesanyja kegyetlen verésben részesül, az a serdülő, aki tanúja bajtársa megsebesülésének vagy halálának, az a lány, aki jelen van a nővére megerőszakolásakor, másodlagos áldozatok. Reakcióik hasonlóak az elsődleges áldozatokéhoz és viselik a traumatikus következményeket. Szintén másodlagos áldozatok lehetnek azok a szakemberek is, akik munkájuk során rendszeresen tanúi erőszakos bűncselekményeknek, halálos baleseteknek vagy a gyerekek által átélt rossz bánásmód különböző formáinak.

Az utolsó négy évtizedben a gyermekbántalmazásra vonatkozó kutatások jelentős része az erőszaknak a gyermekek viselkedésében megmutatkozó következményeit vizsgálta. Az első szociológiai felmérések egyikét M.A. Straus és R.Gelles (1986) végezték, akik egy 3334 gyermek szülein végzett kutatás eredményeként arra a következtetésre jutottak, hogy az erőszaknak kitett gyermekek körében a viselkedési zavarok előfordulása szignifikánsan nagyobb, mint azoknál a gyerekeknél, akik nem éltek át erőszakot. Az erőszakot átélt gyerekek viselkedésében tapasztalható zavarok a társas környezethez való különféle alkalmazkodási nehézségekben nyilvánulnak meg, mint: dühroham (17,5% szemben a kontrollcsoportnál tapasztalt 10%-al), iskolai kudarc (16,1% a 6,2%-hoz viszonyítva), szabályszegések a családban (15,7% a 8%-hoz viszonyítva), problémás gyerekekkel való barátkozás (10,9% a 2,3%-hoz viszonyítva).

Az 1952-ben kiadott DSM-I, valamint az 1968-as DSM-II megnevezték a súlyos stressz hatást, de még nem beszéltek bizonyos életesemények traumatikus hatásáról. Az ICD első változata 1948-ban megemlíti, hogy a katonai szolgálat súlyos stressz állapothoz vezethet. az ICD 7 (1955) felismerte a fokozott stressz negatív hatását, de nem tárgyalta a stresszhatást differenciált módon.

A DSM kézikönyv első ízben a III. kiadásában, 1980-ban (melyet aztán 1987-ben átdolgoztak) írja le a poszt-traumás stressz szindrómát (Post Traumatic Stress Disorder – PTSD), mint különálló „hivatalos” diagnosztikai kategóriát. Az eredetileg a vietnámi háborúk túlélői reakcióinak tanulmányozása és kezelése céljából kialakított PTSD Poszttraumás Stressz alkalmazhatóvá válik a különböző ártalmas eseményeket átélő gyerekekre is. A PTSD elkülönül az akut stressz zavartól (Acute Stress Disorder – AST). Mindkét szindrómára jellemző a fokozott általános szorongás, a depresszió, az önbecsülés elvesztése, a bezárkózás, az elkerülő magatartás, az agresszív kitörések és a dührohamok jelenléte. Ha az előbb leírt tünetek a traumatikus eseményt követő négy héten belül jelentkeznek és ugyanebben az időben meg is szűnnek, azt jelenti, hogy a gyerek sikeresen megbirkózott a stresszel, nem fog PTSD-ben szenvedni. Azonban, ha a tünetek egy hónapon túl is jelen vannak, a trauma pszichikai következményei nehezen meghatározható ideig fennmaradhatnak, szaksegítség hiányában akár az áldozat egész további életét meghatározhatják. Ezzel párhuzamosan az ICD-9 (1977) megkülönböztette az akut és a hosszú távú következményeket.

DSM-III-R és DSM-IV (1987 és 1994) kiegészítette a trauma meghatározását. A diagnosztikai kategória ismérveit enyhén módosították a DSM-IV -ben (1997), illetve a DSM-V -ben (2014). A DSM – V egy külön fejezet szentel a ‘Trauma és Stressz Zavaroknak’. A tünetek 4 kategóriáját határozza meg: *a traumás eseményeket ismételt újra átélése* (kínzó emlékek, gyerekek esetében játék, rémálmok, bevillanások, illúziók, fokozott fájdalom vagy szorongás az eseményekre emlékeztető ingerekkel való találkozáskor), *a traumával kapcsolatos ingerek folyamatos elkerülése* (az érzelmek és gondolatok elhárítása, a traumákra emlékeztető cselekvések, helyzetek, személyek elkerülése), *a kogníciók és hangulat negatív irányú változása* (képtelenség a trauma egyes részleteinek a felidézésére, önmagát rossznak érzi, a világot veszélyesnek, önmagát hibáztatja, elkülönülés, negatív érzelmi állapot: rémület, félelem, szegény) valamint *az éberség és reaktivitás megváltozása* (alvászavar, koncentrációs nehézségek, ijedősség, agresszivitás, öndestruktív viselkedés). A DSM-V -ben a traumás események meghatározása is szűkült, halálesetre, súlyos sérülésre és szexuális erőszakra korlátozódik, így nem tartalmazza pl. az érzelmi

erőszakot, veszteségeket, melyek nagyon sok szerző szerint igenis traumatikus események lehetnek (Briere és Scott, 2015). Az ICD-ben 1992 óta a PTSD külön diagnosztikai kategóriába tartozik.

A DSM V TR (2022) részletesen leírja a gyerekek nehézségeit, tüneteit is (lásd a fejezet végén). Az ICD11 (2018) elismerte a komplex poszttraumás stressz zavart, mint külön diagnosztikai kategóriát: Komplex PTSD (C-PTSD).

Vitatott, hogy egy eseménynek kell-e vagy nem teljesítenie a DSM diagnosztikai kritériumait ahhoz, hogy traumatikusnak nyilváníthassuk. Osztjuk Briere és Scott (2015) meghatározását, akik szerint traumatikus egy esemény abban az esetben, ha meghaladja a személy alkalmazkodóképességét

A 10 éves Rebeka tanúja volt annak, hogy a nagytatája szívrohamot kapott, összeesett és meghalt. Pár héttel később az iskolából az a visszajelzés érkezett, hogy nagyon szórakozott és nem figyel, nyitott szemmel álmodozik, feladatait nehezen tudja befejezni. Szorongási szintje magas volt, rémálmok gyötörték. Gyakran nem tudott éjjel aludni, nagyapját látta összeesve, holtan. Ha kiment játszani, többször is úgy érezte, hogy haza kell mennie, hogy megnézzé, minden rendben van-e, mindenki megvan-e. Gyakran szomorúnak, levertnek, kedvetlennek érezte magát, úgy érezte semmi nem érdekli, hiszen bármelyik pillanatban elveszíthetjük azokat, akiket szeretünk vagy magunk is meghalhatunk.

Rebeka tüneteiben felismerhetőek a PTDS szindróma fő összetevői: visszatérő és intruzív emlékképek (melyek akaratlanul, spontánul jelennek meg), rémálmok, az események szenvedéssel társuló felidézése és újra élése, a nappali álmodozás, a negatív tapasztalatokat felidéző helyek elkerülése, a magas szorongásszint, a helyzeteknek alkalmazkodást gátló megítélése, a szomorúság, tehetetlenség, a figyelem összpontosításának nehézségei.

A gyerekek a traumatikus eseményekre adott reakciói nem mások, mint a definíció szerint értelmetlen és ellenőrizhetetlen traumatikus helyzet megértésére és uralására irányuló próbálkozások (Laplanche, Pontalis 1994, Roth, 2005). A poszttraumás zavarra jellemző tünetek pszichikai síkra helyezik az átfogó erőszakos sokkot, kiterjesztve hatásait az egyén működésének különböző területeire.

A stresszkeltő hatások tartóssága függvényében L.C. Terr (1991) különbséget tesz I. típusú (amely egyetlen támadás eredménye) és II. típusú trauma (egy egész támadássorozat hatására bekövetkező) között. Terr úgy véli, hogy minden traumának külső eredete van, és a két típusnak megfelelően felléphet váratlanul, vagy a gyermek félelemmel eltelve számíthat rá, és mindkét esetben olyan változásokat idézhet elő, amelyek befolyásolják a gyermek pszichikai és biológiai működését.

Az I. típusú traumákat *ismétlődő, intruzív emlékképek* jellemzik, melyek világos, részletes formákban jelentkeznek. Ezeket a „miért?” „miért éppen én?” végtelenül ismétlődő kérdések, és az ezekre adott magyarázatok és téves észlelések kísérik. Terr az eseményekre vonatkozó részletes visszaemlékezés tünetét egy 5 éves gyermek emlékeivel szemlélteti, aki pontosan le tudta írni azt a szállodai szobát, ahol tanúja volt annak, hogy mostohaapja megölte öccsét. Az élénk emlékek hatására és a traumatikus események gyakori újraélése következtében a személy viselkedését *fokozott éberség* jellemzi, *gyakori összerezzenéssel, magas általános szorongásszinttel és alvászavarokkal*. Az ilyen típusú reakció a személynek azt a törekvését tükrözi, hogy éber, figyelmes maradjon, hogy a jövőben elkerülhesse a hasonló helyzeteket. A gyermekek gyakran általánosítják azokat az ingereket, melyek félelmet keltenek bennük, sőt néha semleges ingerekre is kiterjeszthetik félelmüket (például a férfiaktól való félelem, a fürdőszobába való belépéstől való félelem, a levetközéstől, az ismeretlen helyiségekbe való belépéstől való félelem, stb.).

A II. típusú traumákat követő tipikus reakciók magukba foglalják a külvilág ingereire adott csökkentett reakciókészséget, a pszichikai érzéketlenséget, az önhipnózist és disszociációt, ugyanakkor a haragot is. A gyermekek minden erejükkel arra törekednek, hogy elfelejtsék krónikus traumáikat, igyekeznek elkerülni, hogy rájuk gondoljanak, vagy beszéljenek róluk. A *csökkent reakciókészség a külvilág ingereivel szemben és a pszichikai érzéketlenség* lehetővé teszi a gyermek számára, hogy az erőszak által kiváltott fájdalommal szemben érzéketlenné váljon. Ezek tulajdonképpen a gyermek védekező mechanizmusai, melyek segítségével megpróbálja elfelejteni traumatikus érzéseit. Ezeket a gyermekeket sokszor empátia nélkülieknek és érzéketleneknek tekintik, hisz óvakodnak attól, hogy mások

fájdalmait átéljék, mert ez megnyitná az utat saját fájdalmuk átélése előtt, amely azonban meghaladná erejüket. A gyermekek és fiatalok gyakran elvesztik érdeklődésüket azon tevékenységek iránt, amelyeket azelőtt szívesen folytattak, jelentős mértékben csökken az érzelmek átélésének képessége, főleg azoké, melyek az intim kapcsolatok és a szexualitás velejárói.

A bántalmazott gyermeknek néha elég egy gesztus vagy egy pillantás, hogy az átélt erőszak felelevenedjen, és indulatosan reagáljon semleges emberekkel szemben, akik nem értik ezeket a reakciókat. Ezek a gyermekek gyakran támadó magatartást tanúsítanak, hogy megvédjék magukat egy általuk veszélyesnek észlelt helyzetben.

A bántalmazott gyermekek általában *kínzó önvádat* élnek át. Azokban az esetekben, amikor a gyerekek olyan traumatikus élményeknek a túlélői, amelyek során valaki megsérült vagy meghalt, *bűntudatuk* van amiatt, hogy éppen ők a túlélők nem a nővérük, bátyjuk, barátjuk, stb. Gyakran *hibáztatják magukat*, hogy tetteikkel előidézték a történeteket, másrészt *bűntudatuk* van, mert haragot vagy gyűlöletet éreznek az elkövetővel szemben. Abban az esetben, ha a bántalmazást valamelyik szülő vagy a gyerekhez közelálló személy követte el, a gyermek *ambivalenciát* él át, amelyre a szeretet és lázadás keveredése jellemző. A gyerekeknek az őket rossz bánásmódban részesítő szülők iránti *ambivalens* érzései a szülők ellentmondásos viselkedésének tulajdoníthatók. A gyermekek dühösek a szülőre, aki bántja, megalázza őket, ugyanakkor szeretik őt, mert gondoskodik róluk, néha gyöngéd, megvédi őket vagy előjogokban részesíti.

A 10 éves Csabát az anyja gyakran megalázta és megszegyenítette barátai előtt, pl. egy alkalommal csúnyán elverte, mert bepizkolódott a tornacipője. Gyakran ütötte fakanállal, seprűnyéllel, lustának, haszontalannak nevezte. Azok az érzések, melyeket Csaba az anyja iránt érzett, összetettek voltak, hiszen az anyja viselkedése is ellentmondásos volt. Ugyanaz az anya, aki kínozte gyermekét, fájdalmat okozott és megszegyenítette, gondoskodott is róla, azt mondta, hogy szereti őt és feláldozta érte az életét, tanította őt főzni és néha megvédte az apja haragjától.

A 12 éves Arankát az édesapja szexuálisan bántalmazta miközben a vakációban együtt aludtak. Az édesanya szerint a férje mindig jobban tudott bánni a kislánnyal, már kora gyerekkora óta sokkal közelebbi kapcsolatban volt Aranka az apjával, mint vele. A kislány erőszakoskodik más gyermekekkel, ellenséges a felnőttekkel, de azt mondja,

az apukáját szereti a legjobban a világon. Ugyanakkor megéli a magányt, a becsapottság, kiszolgáltatottság, tehetetlenség érzéseit is.,

Herman (2011) és munkatársai nem találták kielégítőnek az interperszonális traumák esetén a PTSD diagnózist, úgy vélték, hogy nem tükröződnek a kritériumokban azok a sajátosságok, melyek a személynek önmagához és másokhoz való viszonyulásának módosulásait jellemzik. A *komplex poszttraumás stressz zavart* javasolták, mint diagnosztikai kategóriát, abban az esetben, ha a személy élettörténetének valamely pontján hosszantartó – néhány hónaptól akár több évig terjedő – totalitárius hatalomnak volt alávetve. A példák közé tartoznak a túsok, a hadifoglyok, a koncentrációs táborok, valamint egyes szélsőséges szekták túlélői. Ide tartoznak továbbá a totalitárius szexuális vagy családi rendszerben élők: a családon belüli erőszak, továbbá a gyermekkori fizikai és szexuális erőszak, valamint a szervezett szexuális kizsákmányolás túlélői. A komplex poszttraumás stressz zavarnak Herman (2011) a következő jellemzőt határozza meg:

- *az érzelemszabályozás módosulásai:* állandósult lehangoltság, krónikus öngyilkossági késztetések, önbántalmazás, robbanékony vagy rendkívül gátolt düh, melyek ugyanannál a személynél váltakozhatnak
- *a tudat módosulásai:* a traumatikus eseményekre vonatkozó amnézia (emlékezetvesztés) vagy hiperamnészia (fokozott emlékezés), átmeneti disszociatív epizódok: deperszonalizáció vagy derealizáció, az élmények újraélése akár a poszttraumás stressz zavar emléketöréses tünetei akár az élményekről való kényszerű tépelődés formájában
- *az önértékelés módosulásai:* tehetetlenségérzés vagy a kezdeményezőkézség lebénulása, szégyenérzés, büntudat és önvád, tisztátalanság vagy megbélyegzettség érzése, másoktól való teljes különbözőség érzése
- *az elkövető észlelésének módosulásai:* az elkövetőhöz fűződő viszonyon való folyamatos tépelődés (így például a bosszúval való folyamatos foglalkozás, az elkövetőnek irreálisan tulajdonított totális hatalom (vigyázat, mert az áldozat realisabban érzékelheti a valós hatalmi viszonyokat, mint a szakember), az elkövető idealizálása vagy az iránta érzett paradox hála, az elkövetővel való kapcsolat

„különlegességének” vagy „természetfelettségének” érzése, az elkövető hiedelemrendszerének vagy érvelésének elfogadása

- az emberi kapcsolatok módosulásai: elszigetelődés és visszahúzódás, a bensőséges kapcsolatok megszakadása, ismételt megmentőkeresés, mely az elszigetelődéssel és a visszahúzódással váltakozhat, állandósult bizalmatlanság, az önvédelem ismételt elmulasztása
- A jelentsrendszerek módosulásai az élethez lelkierőt nyújtó hit elvesztése, reménytelenség és kétségbeesés érzése.

Van der Kolk és munkatársai (2009) a *Traumás fejlődési zavar* (Developmental Trauma Disorder, van der Kolk) javasolták mint az ismételt interperszonális traumákat, erőszakot átélt gyerekek fejlődési nehézségeit összefoglaló diagnosztikai kategóriát.

A traumás fejlődési zavar (Developmental Trauma Disorder, DTD) diagnózisa a traumát felidéző ingerek esetén fellépő önszabályozás hiányát, az inger-generalizációt és a trauma ismételt hatásának a megelőzését célzó, anticipált viselkedést öleli fel. Az interperszonális traumáknak való sorozatos kitettség, mint az elhagyás, árulás, fizikai vagy szexuális bántalmazás vagy családon belüli erőszak tanúként való átélése összefüggő, sok területre kiható következményekkel jár.

A következmények közé sorolhatók:

- Intenzív érzelmek, mint düh, bűntudat, félelem, rezignáció, kudarc, szegénység, stb; valamint
- Erőfeszítések mindezen érzések megismétlődésének az elhárítására, ideértve az azokat kiváltó élmények kerülését, továbbá olyan magatartások kialakítása, amelyek a potenciális fenyegetésekkel szemben a kontrol szubjektív érzését biztosítják.

A diagnosztikai kritériumokat van der Kolk (2014) a következőképpen határozta meg:

A. Traumáknak való kitétel kritériumai:

- Többszörös vagy krónikus kitettség egy vagy több fejlődési szempontból kedvezőtlen interperszonális traumának (elhagyás, árulás, fizikai támadások, szexuális zaklatások, testi épség fenyegetése, kényszerítő gyakorlatok, érzelmi bántalmazás, erőszak és halál).
- Szubjektív tapasztalat (düh, árulás, félelem, lemondás, vereség, szegénység).

B. Az önszabályozás hiánya traumával kapcsolatos ingerek esetén az alábbi területeken: érzelmi, szomatikus (fiziológiai, motoros, orvosi), viselkedésbeli (például újbóli bevizezés, önagresszió), kognitív (azt gondolva, hogy újra megtörténik, zavartság, disszociáció, deperszonalizáció), kapcsolati (kapaszkodik, ellenzéki, bizalmatlan, meg akar felelni) és önészlelés (öngyűlölet és hibáztatás).

C. Tartósan megváltozott attribúciók és elvárások, mint: negatív önértékelés, a bizalom hiánya védelmező gondviselőben, a védelem várható elmaradása mások részéről, a szociális szolgáltatások iránti bizalom elvesztése, a társadalmi igazságosságba vetett hit hiánya, a jövőbeli áldozattá való válás elkerülhetetlenségében való meggyőződés

D. Működés romlása iskolában, családban, kapcsolatokban, jogi vonatkozásban

Kolk (2014) szerint az erőszakot szenvedett gyerekek hajlamosak újrajátszani a traumáikat áldozatként vagy elkövetőként. A felnőttek által kiszabott határokat gyakran büntetésként élhetik meg, az eredetihez hasonló helyzetbe kerülhetnek más gyerekekkel vagy felnőttekkel szemben, éppen a távolságtartó, védekező viselkedésük miatt.

Az önszabályozás zavara fiziológiai téren is felléphet, s a félelem és elhagyatottság érzéseire adott válaszként számos szomatikus problémát eredményezhet, mint például fejfájást és gyomorfájást.

A traumára emlékeztető ingerekkel kapcsolatos érzékenység kihat az érzelmszabályozás fejlődésére, és hosszú távon érzelm kezelés nehézségeket és a magatartás váratlan változásait okozza. A túlzott reaktivitás vagy éppen a reaktivitás elmaradása több szinten megnyilvánul: érzelmi, fizikai, viselkedésbeli, kognitív és kapcsolati szinten. A bántalmazott gyerekek félelem, düh vagy elhagyatottság érzéseivel reagálnak jelentéktelen ingerekre (például, amikor tanár ingerülten rájuk szól, vagy egy társuk megkritizálja őket, stb) amelyek a biztonságban élő gyerekekre semmilyen jelentősebb hatást nem gyakorolnának. Ha egy ilyen inger felzaklatja őket, ezek a gyerekek rendkívül nehezen állítják vissza az egyensúlyt, és kerülnek vissza nyugalmi állapotba.

Az összetett traumát elszenvedett gyerekek a világot úgy látják, mint ami megtestesíti az ő elhagyatottságukat és fájdalmukat. A traumáik

megismétlődésére számítanak, és hiperaktivitással, agresszivitással, megfutamodással válaszolnak, vagy jelentéktelen stressz élményre is megdermednek. Az eseményeket nagyon könnyen félreértelmezik, a trauma és kiszolgáltatottság visszatérteként élik meg, emiatt folyamatos éberség, rettegés és túlzott reaktivitás jellemzi őket. Végül a trauma visszatértére való számítás áthatja a kapcsolataikat is. Ez negatív önértékelésben, a gondozók iránti bizalmatlanságban és annak a hitnek az elvesztésében nyilvánul meg, hogy valaki gondjukat viseli és biztonságot nyújt nekik. Következésképpen a kapcsolataikat az elhagyásra vagy áldozattá válásra való számítás vagy azok megelőzése köré szervezik. Ez túlzott ragaszkodásban, megfelelésben, ellenszegülő dacban és bizalmatlan viselkedésben nyilvánul meg, illetve abban, hogy foglalkoztathatja őket a megtorlás és bosszú. Mindezek a problémák a számos területen észrevehető romlásban érhetők tetten: tanulás, család, kortársi kapcsolatok, a jogrendszerrel való problémák.

A 11 éves Ilona rendszeresen tanúja volt annak, hogy az édesapja megverte az édesanyját, és azzal fenyegetőzött, hogy felgyújtja a lakást. A kislánynak az iskolai eredményei gyengék voltak, anélkül, hogy bármilyen akadályozottságra utaló jelet mutatott volna. Nehezen tudta figyelmét összpontosítani, néha zavart volt, nyitott szemmel álmodott, feladatait nehezen tudta befejezni. Szorongási szintje magas volt, rémálmok gyötörték. Gyakran nem tudott éjjel aludni, édesanyját látta megverve vagy holtan. Ha kiment játszani, többször is úgy érezte, hogy haza kell mennie, hogy megnézzé, minden rendben van-e. Édesapjától félt, kerülte társaságát, bár őt nem bántotta. Gyakran szomorúnak, levertnek, kedvetlennek érezte magát, aggódott a jövője miatt, úgy gondolta, soha nem lesz képes bármit is elérni.

A következmények súlyosságát befolyásoló tényezők

Briere és Scott (2015) a következmények súlyosságát és tartósságát befolyásoló tényezőket 3 csoportba sorolhatják: az áldozat jellemzői, a helyzet jellemzői és a környezet reakciói, ezeket a kategóriákat használjuk mi is a következőkben.

Az **áldozat jellemzői** a következőket foglalják magukba:

- Bár klasszikusan a női **nemet** tartották vulnerabilitási tényezőnek, az utóbbi években egyre több kutatás igazolja, hogy, hogy a változó

neműek, a nemükben kételkedőek, a transz férfiak valamint a transz nők vannak sedülőkorukban leginkább kitéve úgy a család, mint a kortársak részéről az erőszaknak (Finkelhor, 2024, Thoma, 2021)

- **Életkor:** Az életkor szempontjából a legvulnerábilisabb időszak az első életév. Azok a gyerekek, akik az első életévükben nem tapasztalják meg a következetes, érzékeny gondozást, de utána igen, több hosszú távú következménnyel küzdenek, mint azok a gyerekek, akiket az első életévükben megfelelően gondoztak, de utána ezt elveszítették (Perry, 2024)
- **Etnikum:** Bizonyos etnikai kisebbségek, például a romák, az őket érő hátrányos megkülönböztetés miatt nagyobb veszélynek vannak kitéve, ez kapcsolódik a marginalizációhoz, a szegénységhez, az erőforrásoktól való megfosztáshoz, a közösség által tapasztalt történelmi traumákhoz)
- **Szegénység és alacsonyabb társadalmi-gazdasági státus**
- **A gyermek mentális állapota** a traumatikus eseményeket megelőzően, temperamentumának, idegrendszerének jellemzői, amelyek magukba foglalják öröklött sebezhetőségüket és a stresszel szembeni ellenálló képességüket
- **Korábbi negatív életesemények**, a traumatikus élmények kockázati, míg a pozitív élmények védő tényezők, melyek csökkentik a gyermekkori ártalmak, beleértve a rossz bánásmód negatív következményeit (Almeida et al, 2024)
- **Disszociáció jellege** (beleértve a derealizációt, deperszonalizációt) a trauma idején vagy tartós jellege utólag
- **Magas szintű félelem**, tehetetlenség vagy más intenzív negatív érzelmek a traumás események alatt vagy azokat követően

A helyzet jellemzői:

- **Halmazódás:** Az ACE kutatások világosan rámutatnak, hogy minél több formája van jelen a gyermekkori ártalmaknak (fizikai erőszak, szexuális erőszak, érzelmi erőszak, elhanyagolás, szerfogyasztás a szülők részéről, válás, halál, bebörtönzés, párkapcsolati erőszak) annál nagyobb az esélye a súlyos fizikai és mentális következmények kialakulásának, beleértve az iskolai lemaradást, alacsonyabb teljesítményt vagy iskolaelhagyást is (Almeida et al, 2024, Zheng, 2024)

- **Időtartam és frekvencia** (a rendszeres erőszaknak valószínűleg súlyosabb következményei lesznek, mint az elszigetelt erőszakos cselekedeteknek)
- **Az akaratlagos erőszakos megnyilvánulások** szemben a véletlenszerű eseményekkel
 - o Fizikai sérülést okozó események
 - o Szexuális erőszak
 - o Haláleset tanúja
 - o Közeli személy elvesztése traumák következtében
 - o Kiszámíthatatlanság, kontrollálhatatlanság
- **A környezet reakciója, támogatás:**
A család, barátok vagy mások részéről érkező támogatás csökkenti az erőszak negatív következményeit (Hornor, 2010).

A rossz bánásmód következményeképpen kialakuló pszichiátriai tünetek és zavarok

Egy sor különböző tünet és rendellenesség társítható a traumatikus gyermekkori élmények megéléséhez. Az erőszak átélése növeli a legtöbb mentális zavar kialakulásának az esélyét, beleértve a pszichotikus, hangulat, szorongásos és személyiség zavarokat, valamint szenvedélybetegségeket. Úgy gyerek- mint felnőttkorban az erőszak áldozatai között magasabb a különböző pszichiátriai tünetek és zavarok előfordulásának valószínűsége. Minél több és súlyosabb formáját tapasztalta meg valaki az erőszaknak, annál nagyobb az esélye az egyes tünetek kialakulásának és fennmaradásának (Cutajar, 2010). Briere (2015) az előbbiek mellett megemlíti a disszociációt, a szomatikus és konverziós zavart valamint a traumák esetleges neurológiai hatását: a traumás agysérülést.

Depresszív tünetek. Amint azzal számos szerző egyetért (pl. Blakemore és munkatársai, 2017, Hornor, 2010), a traumának való kitettség egy sor depresszív tünetet, beleértve az öngyilkosságra való fokozott hajlamot okozhat, amelyet kezelni kell. A traumás eredetű depresszív tünetek témái között nagyon gyakoriak a veszteség, gyász, elhagyatottság és izoláció.

Az **önpusztító magatartás és az öngyilkosság** nagyon veszélyes, ugyanakkor gyakori viselkedési formák (Krysinska és Lester, 2010). Bár a gyermekek körében ritkább, a serdülőkkel foglalkozó pszichiáterek gyakorlatában sokszor előforduló jelenség, mellyel nem csak azoknál a személyeknél találkozunk, akiket bántalmaztak, hanem serdülőknél megjelenhet csalódásaik következményeként, saját identitásuk megtalálására irányuló törekvésük tágabb összefüggésében. Vannak esetek, amikor ez a tünet a gyermek kétségbeesését jelzi azzal a bánásmóddal szemben, amelyben a családban vagy azon kívül részesül. A gyermek kétségbeesése, ha egyedül érzi magát a bántalmazással szemben, és semmilyen kiutat nem lát, szélsőséges kifejezési formákban jelenhet meg.

Sára 14 éves és már két, gyógyszerekkel elkövetett sikertelen öngyilkossági kísérlet áll mögötte. Ő volt a család bűnbakja. Középső volt egy katonatiszt apa, és egy szintén katonás nevelői stílussal rendelkező anya három gyermeke közül. A nővére volt a családban a követendő példa, a szófogadó és dolgos egyetemista. A kislány még nem járt iskolába, ő volt a család kedvence. A 14 éves lányt úgy tartották számon, mint aki az iskolában sikertelen (rossz jegyei voltak, azonban nem ismételt évet), lóg, a felnőttekkel szemben lázadó, az iskolai és az otthoni feladatokat visszautasítja, a szüleivel nem kommunikál. A szülők nevelési eszközei majdnem kizárólag a verésre, illetve azoknak a dolgoknak a megtiltására korlátozódtak, melyeket a lány szívesen végzett. Az anyja néha megpróbálta lányát jó útra terelni, gyakorlatilag lefizetni édességek és drága dolgok vásárlásával, azonban ezeket a dolgokat a kislány nem értékelte. Az anyja nem látott már semmi más lehetőséget a 14 éves lányával kapcsolatban, mint hogy „valakinek odaadja, aki egy bizonyos pénzösszeg ellenében felnevelné”. Ebben a helyzetben a kislány elszökött hazulról, több éjszakát is hiányzott, közben az utcákon csavargott, betért a klubokba, taxizott, mindezzel veszélyeknek téve ki magát. Gyakran támadták meg fiatalok, azonban továbbra is inkább őket választotta, mint a szüleit. Noha második öngyilkossági próbálkozását is túlélte, most sem lát jobb megoldást saját maga számára, mint a halált. A szülők még mindig bagatellizálják lányuk cselekedeteinek jelentőségét, nem veszik észre a viselkedés mögött meghúzódó kétségbeesést és lányuknak azt a szükségletét, hogy megtalálja a helyét családjában, és szeretetet kapjon.

A 10 éven aluli gyerekek esetében az öngyilkossági kísérletek ritkábbak, de nem kizártak. Veszélyhelyzetben nagyobb a valószínűségük (például a gyermek kiugrik az emeletről a veréstől való félelmében). Hogy

véget vessenek az iskolai sikertelenségeknek, a társak vagy a szülők rágalmozásának, a veréseknek, vagy annak, hogy a szülők közötti erőszakos jelenetek tanúi legyenek, egyes iskoláskorú gyerekek gyógyszereket vehetnek be. Az öngyilkossági kísérletek nagyon veszélyes viselkedésformák, és mindig komolyan kell venni őket mind a szülőknek, mind a szakembereknek. Még akkor is, ha észrevevessük, hogy a gyermek viselkedése inkább demonstratív jellegű és valójában nem szeretne véget vetni az életének, a szakember szemszögéből a helyzet veszélyes, ugyanis egy ilyen kísérlet végzetes kimenetelű is lehet. Ilyen esetben az első kötelező beavatkozás a gyermeknek pszichiátriai osztályra való beutalása, annak érdekében, hogy az önpusztító viselkedés pszichológiai meghatározóit azonosítsák, és hogy a gyermeket vagy a fiatalot ideiglenesen eltávolítsuk abból a környezetből, melyben ez a viselkedés megszületett.

Az **önmaga ellen fordított agresszió** különböző formákat ölthet. A gyerek részt vehet különböző veszélyes fizikai tevékenységekben, megcsonkíthatja magát, visszautasíthatja az élelmet, vagy ellenkezőleg, túltáplálhatja magát, véresre rághatja a körmeit, késsel vagy pengével megkarcolhatja, megszúrhatja vagy megvághatja magát. Ezek a gyerekek így akarják érezni saját testük határait és irányítani a fájdalmas ingereket. Ilyen módon próbálják saját maguknak bebizonyítani, hogy saját testük felett kontrollal rendelkeznek, melyet a bántalmazás pillanataiban elveszítettek.

Stresszel kapcsolatos tünetek, Akut Stressz Zavar vagy Poszttraumás Stressz Zavar (PTSD). Amint ezt már leírtuk, a poszttraumás stressz zavar a traumának, köztük a gyerekkorban elszenvedett erőszaknak való kitettség után gyakran fellépő tünet együttes. Ha az elkövető a gyermekhez közelálló személy és a gyermek nem kap megfelelő támogatást, a PTSD komplex formáira számíthatunk, melynek jellemzőihez tartozik az emberekbe vetett bizalom és a jövőbe vetett hit elvesztése, a saját magához való viszony megváltozása, az elkövető idealizálása, a megmentőkeresés, stb. (Honor, 2010, Krysinska, 2010, Briere és Scott, 2015).

Alvászavarok. Brown és mtsai (2022) metaanalitikus tanulmányukban kimutatják, hogy erős kapcsolat van a gyerekkorban tapasztalt rossz bánásmód és az alvászavarok között. Arra is kitérnek, hogy a kutatások azt sugallják, hogy az alvászavarok kulcsfontosságú kockázati tényezők lehetnek, amelyek közvetítő szerepet játszanak a rossz bánásmódnak a későbbi egészségügyi állapotra gyakorolt hatásában. Több alvászavar kutatás is kihangsúlyozza a korai negatív élettapasztalatok szerepét a stresszel szembeni reaktivitás, a túlzott izgalmi reakciókra való hajlam kialakulásában, melyek fontos kockázati tényezői a krónikus alvászavaroknak (pl Palagini et al, 2014, Boiden et al, 2015). Van der Kolk (2014) szerint az alvási problémák megjelenésének oka fiziológiai síkon a szervezet önszabályzó képességének zavara, de láttuk, hogy a PTSD egyik tünete is. Az álmatlanság gyakori okát azok a kínzó gondolatok és emlékek képezik, amelyek a bántalmazást átélt személyt időnként elárasztják, de forrása lehet az a tudattalan vágy is, hogy ébren maradjon, s így elkerülhesse a bántalmazás megismétlődését. Azoknak a gyerekeknek az esetében, akiket az ágyban vagy a szobában bántalmaztak, az alvási előkészületek feleleveníthetik a traumatikus ingereket, mely fokozott stresszválaszt váltva ki, megakadályozza az alvást.

A kényszeres viselkedések gyermekkorban az ismételt, sztereotipikus játék formáját öltik. Abban a korban, amelyben a játékot általában a kreativitás jellemzi, a bántalmazott gyermekek játékából hiányzik a kreativitás, és bizonyos cselekedeteknek vég nélküli ismétlése figyelhető meg, mint például számolás, törölközés, a dolgok ismételt elrendezése és újra rendezése. A szexuálisan bántalmazott gyermekeknél, főleg a bántalmazás első szakaszában, megfigyelhetőek olyan kényszeres viselkedések, mint a vég nélküli mosakodás, mert „mocskosnak érzik magukat”. A kényszeres viselkedés, az önmaguk ellen irányított agresszióhoz hasonlóan, a bántalmazott gyermekeknek a kontrollra való törekvését fejezi ki.

Az ismétlődő játék, a kreativitás fokának a csökkenése, a tanulási képesség hanyatlása együttesen a regresszió jelei a bántalmazott gyermek viselkedésében.

Az **emocionális labilitás és a pánikreakciók** gyakoriak a rossz bánásmódban részesülő gyermekek esetében. Hajlamosak lehetnek arra, hogy a legkisebb provokáció miatt vagy akár annak hiányában is hamar megharagudjanak. Annak ellenére, hogy a pánikrohamokat főleg felnőttek esetében írták le, ezek megszokottak a rossz bánásmódban részesülő gyerekek körében is. A pánikreakciónak, melyet olyan inger vált ki, mely a gyermek agyában félelmetes emlékeket elevenít fel, riadó szerepe van, és a gyermek nem tudja uralma alatt tartani.

Mia 4,5 éves kislány, aki a családban ismétlődő erőszak áldozata, tanúja volt annak, hogy saját apja megerőszakolta nővérét. Valószínűleg ő maga is szexuális bántalmazásnak volt kitéve, de mindenesetre durva veréseket szenvedett el. A kislánynak látszólag ok nélkül pánikrohamai vannak: úgy érzi, hogy szűnyogok hada támadja meg, melyek ellepik az arcát, száját és melyektől nem tud megszabadulni. Egy-egy ilyen pánikroham után pár percre van szüksége ahhoz, hogy anyja karjaiban megnyugodjék. Viselkedése az utóbbi hónapokban labilissá vált, a beszédes, mosolygós kislányból sírós, passzív gyermek lett. Közösségben gyakran agresszív, játék közben társai jelentéktelen provokációira aránytalanul erős sírással vagy agresszióval reagál.

A **figyelemzavaros hiperaktivitás szindrómáját** biológiai eredetűnek tekintik, és gyógyszeresen kezelik. Sok adat igazolja azonban az önszabályzó funkciók zavarát ezeknél a gyermekeknél, ami pedig a nevelési körülmények függvénye (Friedrich 1995, Roth 1998). Egy longitudinális kutatás során, melyben 6 éves gyermekeket vizsgáltak, Jacobovitz és Stroufe (Friedrich nyomán 1995) arra a következtetésre jutottak, hogy a túlzott anyai ingerlés nagyobb mértékben hozzájárul az ADHD kialakulásához, mint a pre- vagy posztnatális faktorok vagy más orvosi jellegű tényezők. Ugyanakkor bebizonyosodott, hogy a csábító magatartással rendelkező szülők (az incesztuózus szülők jellemzői) részéről hosszú ideig túl erős ingerek érik a gyermekeket, ami a gyermeknél koncentrációs nehézségekhez vezet (Hornor et al, 2010).

Szerhasználat. A szerhasználat nagyon gyakori jelenség a traumákat elszenvedők, főként azok körében, akik interperszonális erőszak áldozatai voltak. Briere, Scott és Jones szerint (2015) az egyik oka annak, hogy a

traumához szerhasználat társul az, hogy a személyek pszichoaktív szereket használnak az önszabályozáshoz.

Tanulási nehézségek. Ismerve a rossz bánásmód neurofiziológiai és a viselkedésre kifejtett hatásait nem meglepő, hogy a gyerekek gyakran tapasztalnak nehézségeket mind a tanulmányi teljesítményükben (pl. speciális igények jelenléte, osztályismétlés, alacsonyabb jegyek), mind a mentális jólétük (például szorongás, depresszió, szociális készségek hiánya, stb) terén (Roberto, 2015). A kutatások azt is jelzik, hogy a mentális egészségügyi nehézségek negatívan kapcsolódnak a gyermekek tanulmányi eredményeikhez. A gyermekek osztályon belüli státusa is gyakran alacsony, a közösségbe nehezen illeszkednek be. Hiányoznak azok a motivációs erőforrásaik, amelyek szükségesek az iskolai eredmények eléréséhez. Néha a gyermek képességeihez mérten a szülők túl magas követelményeket támasztanak és nem segítenek a gyermeknek iskolai nehézségei leküzdésében. Más esetekben a szülőket nem érdekli a gyermek iskolai teljesítménye és érzelmei, aminek ismét negatív hatása van a tanulási kedvre. A krónikusan bántalmazott gyerek visszahúzódása, bezárkózása, passzivitása annyira hangsúlyozott lehet, hogy akár értelmi akadályozottság benyomását is keltheti.

Perry (2024) szerint a gyerekkorban ártalmas életeseményeket átélt gyerekek és a stabil, következetes, érzékeny gondozást tapasztalt társaik közötti rés az iskolai évek során egyre növekszik, amit ő elsősorban azzal indokol, hogy az iskolai rendszer nem veszi figyelembe azokat a kutatási eredményeket, amelyek a korai ártalmas életesemények hatását vizsgálják az idegrendszerre és nem segíti a rossz bánásmódot tapasztalt gyerekek önszabályozásának fejlődését. A gyerekek érzékeny idegrendszere az iskolai rendszer túlzott elvárásaira, a tanárok kritikus megnyilvánulásaira, az inkonzisztenciára túlzott stressz-válasszal reagálnak, ami lehetetlenné teszi a kognitív folyamatok megfelelő működését, így egyre jobban lemaradnak. Trauma tudatos iskolákra lenne szükség ahhoz, hogy a különbségek kiegyenlítődjenek

A nehézségek különösen kihangsúlyozódnak az állami gondozásban felnövekedő gyerekek esetében. A gyermekkori rossz bánásmód és a

tanulással kapcsolatos nehézségek elsősorban kötődési és önszabályozási nehézségekkel magyarázhatóak, és kapcsolatban lehetnek az önrendelkezési érzés valamint más fejlődési folyamatok megzavarásával is (Roberto et al, 2015), valamint nyilván környezeti tényezőkkel, mint kapcsolatok és iskolai környezet, de akár a személyes élettéren túl bizonyos közösségi jellemzők is közre játszhatnak.

A 12 éves István, aki jelenleg intézményben él, mielőtt ő maga került volna sorra, végignézte, ahogy az édesanyját durván megverték, cigarettával megégették, késsel megvágták, majd a nővérét is elverték. Amikor betört fejjel beutalták a kórházba, depressziós volt. A tanárok szerint képtelen megfelelni az iskolai követelményeknek. Értelmileg nem akadályozott, hanem a félelem annyira megbénítja, hogy nem tud órán figyelni. Otthon nincs aki segítsen, ha előveszi a leckéit, eluralkodik rajta a tehetetlenség érzése, eldönti, hogy ezt ő nem érti, butának és képtelennek érzi magát.

Pszedo autisztikus viselkedészavar. Az érzelmmegvonás súlyos eseteiben, melyek a gyereket fejlődésének korai, érzékeny periódusában érik, pszeudo-autisztikus viselkedészavar alakulhat ki, amely azonban a gyermek szükségleteinek megfelelő körülmények között enyhül.

Az Anna esete példa a pszeudo autisztikus viselkedészavarra, amely a súlyos érzelmi elhanyagolás következményeként alakult ki. Annát néhány hónapos korától egy elhelyező központban nevelték. Édesanyja rögtön szülés után elhagyta, és mielőtt az intézménybe került, a kórház különböző részlegein helyezték el. Életének első két évében több mint harminc személy nevelte. Egyéves koráig viselkedésében semmilyen különös problémát nem lehetett észlelni, nyugodt volt és lassú, de állandó ritmusban fejlődött. Egy tüdőgyulladással járó vírusos megbetegedés következtében kórházba került, ahol infúziót kapott. Miután a kórházból visszatért a gyerekotthonba, Anna fokozatosan megállt a fejlődésben, visszautasított minden kapcsolatot nevelőivel, visszautasította a táplálék változatosabbá tételét, illetve minden olyan kapcsolatot vagy ingert, amely új, szokatlan volt számára. A kislány egyre jobban magába zárkózott, és egyre gyakrabban figyeltek meg nála különböző önstimuláló viselkedésformákat: az elején több hónapon keresztül ringatta magát, később addig verte fejét az ágy szélébe, amíg súlyosan megsebesült. Visszautasította, hogy ölje vegyék, nem nézett annak az arcába, akivel beszélt, visszautasította a játékokat. Ez az autisztikus típusú viselkedés enyhülni kezdett az egyik nővér odafigyelő gondoskodása következtében, akinek fokozatosan sikerült Annának apró örömeket szereznie. Ezek az elején a táplálkozással voltak kapcsolatosak, később simogatásból álltak. A nővér felfedezte, hogy a gyermek szereti az édes tejet és azt, hogy a kezét simogassák. Arra törekedett, hogy minél több időt töltsön Anna simogatásával, míg végül egy mosolyt

kapott viszonzásul. Az érzékszervi kapcsolat megnyitotta az utat a szemkontaktus előtt, és fokozatosan oldotta a kislány elszigetelődését. Hároméves korára Anna megtanult a körülötte levő személyekkel kapcsolatot kialakítani, és elkezdett újra érezni.

Amint a fentiekből is kitűnik, az autizmus és pseudo autizmus megkülönböztető kritériuma a gyermeknek az a képessége, hogy a rehabilitáció érdekében kifejtett erőfeszítés eredményeképpen újra fogékonnyá váljon, túllépve nehézségein.

Disszociáció. A DSM V meghatározása szerint "A memória, tudatosság, identitás, érzelmi állapot, percepció, testérzékelés, motoros kontroll és/vagy viselkedés szétesése és/vagy a folyamatosság megszakadása" (APA, 2015). A DSM V a disszociatív zavarok 3 formáját írja le: disszociatív identitás zavar (DID), disszociatív amnézia (általában traumatikus vagy stresszkeltő fontos önéletrajzi információk felidézésének képtelensége) és deperszonalizációs / derealizációs zavar (valószerűtlenség, elidegenedés élménye). Van der Kolk (2014) megjegyzi, hogy a disszociáció a korai életévekben bekövetkező traumatikus életesemények következménye, ha egy gyerek a korai életéveiben biztonságos körülmények között nőtt fel, a későbbi életéveiben nem valószínű, hogy disszociációval reagál a traumatikus életeseményekre.

Az 5 éves Roxit anyjai nagyapja szexuálisan bántalmazta. Elmondta az édesanyjának, de az anya, valahányszor a nagyapa újra hívta őket, mindent elfelejtett, úgy viselkedett, mintha semmi nem történt volna. Az anyuka saját terápiájában visszaemlékezett, hogy őt magát is hosszú évekig bántalmazta az édesapja, éjszaka szexuális kapcsolatot létesített vele, másnap neki iskolába kellett mennie, úgy kellett viselkednie, mint minden más gyermeknek, így hát ő úgy viselkedett, mintha semmi nem történt volna.

A fentebb bemutatott szülő kislány korában erőfeszítéseket tett annak érdekében, hogy nappal elszakadjon az éjszaka átélt traumáktól, azt szuggerálva magának, hogy képes megfeledezni testének szenvedéséről, amely az iskolában és a másokkal való találkozások ideje alatt olyan másik személyhez tartozik, aki csak éjszaka érez. Ebben az esetben nem csak a

gyerek, de a szülő is disszociatív zavarral küzd, ami megakadályozza abban, hogy a gyereket megvédje.

Pszichotikus tünetek. Bár nem nagyon gyakran, de súlyos fizikai vagy szexuális erőszakot követően kialakulhatnak akár pszichotikus tünetek is, elsősorban hallucinációk és téveszmék (Briere, 2015). Pszichotikus betegek körében végzett kutatások is igazolták, hogy a gyermekkorukban rossz bánásmódban részesülő személyeknek súlyosabb és változatosabb tüneteik voltak, mint azoknak a társaiknak, akik biztonságban nevelkedtek (Alvarez, 2011).

A rossz bánásmód hatása az idegrendszerre

Perry (2024) szerint a gyermek agyának optimális fejlődéséhez a környezet három alapvető feltétele szükséges: a következetesség, az előrejelezhetőség és a gyöngédség. A korai rossz bánásmód Perry szerint károsítja az agy fejlődését, elsősorban azon területekét, amelyek a stresszre adott reakciókban fontos szerepet játszanak. A félelem, az előreláthatatlanság, a fájdalom, az éhezés, a fenyegetés és a frusztráció olyan alapvető traumákkal kapcsolatos élmények, amelyek az agynak az észlelésért és feldolgozásért felelős területeit érintik, valamint azokat a területeket, melyek a stresszre adott reakciókért és ezek feldolgozásáért felelősek. A stressz reakciókért a kéreg alatti agyi területek felelnek, vagyis a nyúltagy, a középagy és a limbikus rendszer. Ezek szabályozzák a szervezet olyan fiziológiai funkcióit, mint a légzés ritmusa, az ébrenlét-alvás állapot váltakozása, az étvágy, érzelmek stb.

Amikor az agynak azon területei, melyek aktívak voltak a trauma átélésekor, újból aktivizálódnak, a trauma felidéződik: szomatikusan, de társulhat képekkel, gondolatokkal, érzelmekkel. Ez a gyermeknél túlzott érzékenységet okoz, akár gyenge stressz hatására is. A félelem, ami egyébként normális védekezési reakció, a traumát átélt gyermeknél az alkalmazkodást akadályozóvá válik. A stresszel szembeni fokozott érzékenység hatására a gyermek reakcióit a „dermedtség, menekülés vagy

támadás” fogja jellemezni olyan helyzetekben is, melyek alapvetően nem veszélyesek.

Az együtt aktiválódott neuronok összekapcsolódnak (neuroplaszticitás jelensége). Ha biztonságban nevelkedünk, a kreativitásra, együttműködésre, felfedezésre lesz alapértelmezett az agyunk, ha gyakran vagyunk veszélyben vagy ha nem kívánatosnak érezzük magunkat, a félelem, tehetetlenség, elhagyatottság lesz az alapértelmezett állapotunk (van der Kolk, 2014).

Az ingerszegény környezetben élő gyerekeknél a komputertomográfiás vizsgálatok az agykéreg sorvadását mutatták ki (Briere, 2015).

A spontán, affektív memória központja is a kéreg alatti állományban helyezkedik el. Ebből kifolyólag a gyermeket ért rossz bánásmód a kéreg alatti állományon keresztül, melyre hat, befolyásolja a szorongásszintet, az ébrenlét-alvás ritmusát, az ingerelhetőséget, az impulzivitást, valamint tartós és nehezen ellenőrizhető érzékszervi és emocionális emlékeket hoz létre. Az agy fejlődésének érzékeny szakaszában történő korai ártalmak következtében a szervezet önszabályozása nehezen megvalósíthatóvá válik, így a gyermek az átélt izgalmi állapotok után nehezen tud majd lecsillapodni. (van der Kolk, 2014). Nem meglepő, hogy a bántalmazott csecsemők és kisgyermekek sokat sírnak, nyugtalanok, hevesek a reakcióik, hiperaktívak, koncentrációs nehézségeik vannak, rossz alvók és étkezési zavarai vannak.

A gyermekek túlélési stratégiái

Kihangsúlyozva a gyermek szervezetének alkalmazkodási képességét még a legmostohább életkörülmények között is, J..L. Herman (2011) leír bizonyos „fejlődési feladatokat”, melyek próbára teszik a rossz bánásmódot tapasztaló gyermekek alkalmazkodó képességét:

- kötődés kialakítása a veszélyes vagy elhanyagoló szülők (vagy helyettesítőjük) iránt;
- stabil identitás kialakítása egy széthulló, változó és bizonytalan környezetben;

- emocionális és szomatikus önszabályozás kialakítása, olyan körülmények között, amikor visszaélnék a gyermek testével és érzelmeivel.

Ugyanez a szerző három olyan alkalmazkodási módot említ a gyermek viselkedésspektrumából, amelyek segítik a kötődés kialakulását és megtartását.

- Az első lehetőség a bántalmazás racionalizálása, jelentőségének minimalizálása és mentségek keresése az elkövető számára, mindez pedig a tagadás, elfojtás és disszociáció – mint védekező mechanizmusok – mozgósításával valósítható meg.
- A második lehetőség egy feldarabolt identitás kialakítása, olyan (rész)személyiség felfedezése, mely hibái miatt rászolgált a rossz bánásmódra. Ha a gyerekek sikerül meggyőzőnie magát arról, hogy ő a rossz, akkor elhiheti, hogy a szülők megváltoznak irányában, ha ő megjavul.
- A harmadik lehetőséget a test vagy a pszichikum szintjén megnyilvánuló patológiás jelenségek kialakulása képezi pl konverziós mechanizmusok mentén.

A rossz bánásmódot tapasztaló gyermek, aki nem érzi biztonságban magát a környezetében, a „túlzottan alkalmazkodó” (overadjusted) és a „hiperaktív és pusztító” (acting out) viselkedési stratégiák között ingadozhat.

Killén (1997) szerint a túlzott alkalmazkodás különböző formákban nyilvánulhat meg. Azoknál a gyermekeknél, akiknél csak egyetlen túlzott alkalmazkodási, túlzottan ellenőrzött viselkedés van jelen, Killén kiemeli: 1. azoknak a gyermekeknek a csoportját, akik jól teljesítik feladataikat, aktív harcolók és „győznek”, nem hagyják, hogy a bántalmazás lesújtja őket; 2. azoknak a gyermekeknek a csoportját, akik felvállalják a szülők gondozásának szerepét; 3. azokat a gyermekeket, akik arra törekednek, hogy ne tűnjenek fel, ezért visszahúzódóvá, passzívvá válnak.

A robbanékony, impulzív viselkedések közül a következő típusokat azonosították: agresszív, romboló, pihenés nélküli/nyugtalan, bohóckodó. Ez a felosztás nem azt jelenti, hogy egy gyerek csak az egyik vagy csak a másik viselkedést mutatja, ezek a helyzettől, illetve az emocionális állapotától függően változhatnak. Például egy olyan gyerek, aki általában csendes és visszahúzódó, néha impulzívvá válhat, dühkitörései lehetnek

társai ellen; a csendes, passzív gyerek önagresszívvé válhat időnként, öngyilkossággal kísérletezhet; a bántalmazott értelmes, kreatív, ambiciózus gyermek egyből feladhatja terveit, és antiszociális viselkedést mutathat. Killén (1996) szerint a gyermek által elfogadott túlélési stratégiák a gyermek temperamentumától, fizikai fejlődésének szintjétől, életterejétől és érzékenységétől, valamint kreativitásától és intellektuális képességétől függenek. Nem elhanyagolható nyilván a környezeti tényezők szerepe sem, s amint már említettük ezek közül legfontosabb a támogató személy jelenléte.

Egyes szerzők (Crockett, 2009) felhívják a figyelmet, hogy számos gyermek a bántalmazási helyzetekben alárendelődő viselkedési formát ölt magára. Doyle (1990) felhívja a figyelmet a koncentrációs táborok áldozatainak helyzete és a bántalmazott gyermekek helyzete közötti hasonlóságra. Úgy tűnik, hogy a foglyok alkalmazkodási folyamatában a regresszió általános jelenség volt. Ez apátiával társult, ami együttesen az „emocionális hibernálás” védekezési reakcióihoz vezetett. A kutatónő, aki maga is koncentrációs tábor túlélője, Bruno Bettelheim pszichiáter, pszichoanalitikus vallomásaira és megfigyeléseire utal, aki azt mondta: „először a foglyok a független gyermek szintjére süllyedtek vissza, ez a viselkedés a tábor szabályzata miatt alakult ki, minek következtében a foglyok oda jutottak, hogy nem tartották vissza vizeletüket és székletüket. A foglyok, ahogy rájöttek, hogy mennyire a felügyelők jóakarától függenek, egyre jobban alárendelték magukat. Egyes foglyok még az alárendelés határait is túllépték és elkezdtek a felügyelők értékeit magukévá tenni. Más foglyok, akik már sok tapasztalattal rendelkeztek a lágerről, még büszkéek is voltak magukra, hogy a többi fogollyal szemben a felügyelők fizikai és verbális agresszióját utánozhatják, és az SS-katonák egyenruhájához hasonló ruhákat próbáltak készíteni.” Katz és Nicolet (2022) szerint a gyerekek alárendelődése természetes reakció a bántalmazási helyzetben, felnőtt szexuális bántalmazók visszaemlékezései szerint nem nagyon tehettek mást a túlélés érdekében, mint, hogy alávéssék magukat az elkövető akaratának és valahogyan túléljenek.

Nagyon fontos, hogy a gyermekekkel vagy gondozóikkal dolgozó szakemberek a fentebb leírt tüneteket felismerjék. Bár ezek a tünetek más

klinikai kórképek jelei is lehetnek, mégis olyan jelzések kell, hogy maradjanak, melyek alapján a szakember felvetheti a bántalmazás lehetőségének esélyeit, és ezeket a lehetőségeket óvatosan elemzi.

Mária 4 éves kislány, aki már rendelkezett a záróizmok fölötti kontrollal és beszédkésztsége meghaladta kortársai színvonalát. Amikor szülei külföldi tanulmányútra utaztak, a gyermek viselkedése 2 évesnek megfelelő szintre esett vissza. Elvesztette a szobatisztaságát, beszéde romlott mind az artikuláció minősége, mind a kifejezőképessége tekintetében, önállósága szintén jelentős mértékben romlott. Ismét kicsi kislány akart lenni, akiről a szülők gondoskodnak. A visszaesés a szülőktől való elszakadás fájdalmának tulajdonítható, melyet a gyermek, mint elhagyást élt meg.

A poszttraumás stressz-zavar diagnosztikai kritériumai¹²

A. A személy valós vagy fenyegető halálesetet, súlyos sérülést vagy szexuális erőszakot tapasztalt a következő lehetőségek egyikében:

A1: a traumatikus esemény (ek) közvetlen átélése

A2: másokkal történő események látványa tanúként

A3: közeli családtagot vagy közeli barátot ért eseménnyel kapcsolatos hír (halál vagy életveszély, erőszakos esemény vagy baleset)

A4: traumatikus esemény(ek) averzív részleteinek extrém vagy ismételt megtapasztalása (pl. az első helyszínre érkező, emberi maradványokat összegyűjtő egység tagjai, gyermekbántalmazás részleteinek ismételten kitett rendőrök)

Altípus: hatéves és annál fiatalabb gyerekek esetén

B. A traumás eseményt folyamatosan újra átéli egy (vagy több) módon az alábbiak közül:

(1) visszatérő és betolakodó, kínzó visszaemlékezések az eseményre, ezen belül képek, gondolatok vagy percepciók (gyerekek esetén ismétlődő játékok)

(2) az esemény visszatérő, kínzó álmai (gyerekek esetén nem feltétlenül kapcsolódik az eseményekhez)

¹² A DSM-V diagnosztikai kritériumai (2015)

(3) hatás vagy érzés mintha a traumás esemény visszatérne (így az élmény újra átélése, illúziók, hallucinációk, és disszociatív bevillanások [*flashback*] abban az esetben is, ha ezek ébredéskor vagy intoxikált állapotban fordulnak elő)

(4) fokozott pszichológiai fájdalom belső vagy külső jelek átélésekor, melyek a traumás eseményt szimbolizálják, vagy arra emlékeztetnek

(5) fiziológiai válaszkészség belső vagy külső jelek átélésekor, melyek a traumás eseményt szimbolizálják, vagy arra emlékeztetnek

C. A traumával kapcsolatos ingerek folyamatos **elkerülése**, melyet egy (vagy több) jellemző az alábbiak közül:

(1) törekvés a traumával kapcsolatos gondolatok, érzések elhárítására

(2) törekvés a traumával kapcsolatos emlékeket felidéző cselekvések, személyek, beszélgetések, tevékenységek, tárgyak vagy helyek elkerülésére

D. A traumatikus eseménnyel kapcsolatos **gondolatok és hangulat negatív irányú változása**, mely az eseményeket követően kezdődött vagy súlyosbodott s melyet 2 (vagy több) jellemző az alábbiak közül:

(1) képtelenség a trauma bizonyos fontos szempontjának felidezésére (poszt-traumás amnézia)

(2) önmagával, másokkal vagy a világgal kapcsolatos, tartósan fennálló, túlzott negatív hiedelmek vagy elvárások (pl. rossz vagyok, a világ egy veszélyes hely, stb.)

(3) tartósan fennálló torz kogníciók a traumatikus események okaira és következményeire vonatkozólag (önmagát hibáztatja)

(4) tartósan fennálló negatív emocionális állapot (félelem, rémület, bűntudat, szégyen)

(5) jelentősen csökkent érdeklődés vagy részvétel fontos cselekvésekben

(6) másoktól való elkülönülés, elidegenedés érzése

(7) az érzelmek beszűkült terjedelme (pl. képtelenség szeretet érzésére)

E. A traumatikus eseménnyel kapcsolatos **éberség és reaktivitás megváltozása**, melyet legalább 2 jellemző az alábbiak közül:

- (1) nyugtalan vagy agresszív viselkedés
- (2) féktelen vagy öndestruktív viselkedés
- (3) fokozott éberség
- (4) felfokozott ijedősség
- (5) figyelemzavar
- (6) alvási nehézségek

F. A B, C, D, E alpontokban felsorolt tünetek több mint egy hónapja fennállnak

G. Jelentős szenvedést okoznak vagy romlást eredményeznek a mindennapi működésben

H. Nem gyógyszerek vagy betegség mellékhatásaként jelentkeznek

Akut: a tünetek fennállása kevesebb, mint 3 hónap.

Krónikus: a tünetek fennállása több mint 3 hónap.

Késleltetett kezdetű: amikor a tünetek legalább hat hónappal a trauma után kezdődnek.

Irodalomjegyzék

- Almeida T.C., Jorge Cardoso, J., Matos, A.F., Murça, A., Cunha, O. (2024) Adverse childhood experiences and aggression in adulthood: The moderating role of positive childhood experiences, *Child Abuse & Neglect*, Volume 154,2024, 106929,ISSN 0145-2134, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106929>.
- Alvarez, M. J., Roura, P. (2011) Prevalence and Clinical Impact of Childhood Trauma in Patients With Severe Mental Disorders *The Journal of nervous and mental disease* 199(3):156-61
- APA (2015) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®), Fifth Edition. APA Publishing.
- Blakemore, T., Herbert, J.L., Arney, F., Parkinson, S. (2017) The impacts of institutional child sexual abuse: A rapid review of the evidence, *Child Abuse and Neglect*, *Sleep Medicine*, December. 35-48, ISSN 1389-9457, <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.02.527>.
- Briere, J.N., Scott, C. (2015) *Principles of Trauma Therapy*. Second edition: revised and extended. Sage.

- Brown, S.M., Rodriguez, K.E., Smith, A.D., Ricker, A., Williamson, A.A. (2022) Associations between childhood maltreatment and behavioral sleep disturbances across the lifespan: A systematic review, *Sleep Medicine Reviews*, Volume 64, 2022,101621, ISSN 1087-0792, <https://doi.org/10.1016/j.smr.2022.101621>.
- Katz, C., & Nicolet, R. (2022). "If Only I Could Have Stopped It": Reflections of Adult Child Sexual Abuse Survivors on Their Responses During the Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(3-4), NP2076-NP2100. <https://doi.org/10.1177/0886260520935485>
- Crockett, M. S. (2009). Surviving child abuse: Self-reported coping histories of fourteen women. *Health Care for Women International*, 5(1-3), 49-75. <https://doi.org/10.1080/07399338409515638>
- Cutajar, M., Mullen, P.E., Ogloff, R.P., Thomas, S.D., Wels, D.L, Spataro, W.J. (2010) *Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years*, Volume 34, Issue 11, November 2010, Pages 813-822
- Doyle, C. (1990). *Working with abused children*. Practical Social Work Series, BASW.
- Herman J.L. (2011). *Trauma és gyógyulás. Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*. Háttér Kiadó. Budapest
- Hornor, G. (2010) Child Sexual Abuse: Consequences and Implications, *Journal of Pediatric Health Care*, Volume 24, Issue 6, 2010, Pages 358-364, ISSN 0891-5245, <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.07.003>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891524509002089>)
- Killén, K. (1997). *Copilul maltratat*. Timișoara: Ed. Eurobit.
- Krysinska, K., Lester, D. (2010) Post-traumatic stress disorder and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research* 14, 1-23
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1994). *Vocabularul psihanalizei*. București: Humanitas.
- Straus, M.A., Gelles, R.J. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. In: *Journal of Marriage and the Family*, 48(3), 465-479.
- Perry, B.D., Szalavitz, M. (2024). *A ketreche zárt fiú*. Park Kiadó.
- Romano, E., Babchishin, L., Marquis, R., & Fréchette, S. (2015). Childhood Maltreatment and Educational Outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 418-437. <https://doi.org/10.1177/1524838014537908>
- Roth, M. (1998). *Activarea funcțiilor cognitive în copilăria mică*. Cluj: Presa Universitară Clujeană.
- Roth, M. (2005). *Copii și femeile, victimele violenței*. Cluj: Presa Universitară Clujeană.

- Terr, L.C. (1991). *Childhood traumas: An outline and overview*. In: American Journal of Psychiatry, 148, 1 p.10–20.
- Thoma, B.C., Rezeppa, T.L., Choukas-Bradley, S., Salk, R.H., Marshal, M. P. (2021) Disparities in Childhood Abuse Between Transgender and Cisgender Adolescents. *Pediatrics* August 2021; 148 (2): e2020016907. 10.1542/peds.2020-016907
- van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*, New York, NY: Penguin Books.
- van der Kolk, B. Pynoos, R.S. (2009) *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis in DSM-V*. http://www.traumacenter.org/announcements/dtd_papers_oct_09.pdf, letöltve 2018 február 16.
- Zheng (2024) The Impact of Adverse Childhood Experiences on Educational Outcomes in Adolescents, *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*. Volume 26.
- Zoromba, M.A. et al. (2024) A narrative literature review embracing a holistic perspective and critiquing traditional models, *Heliyon*, Volume 10, Issue 16

7.

A GYERMEKBÁNTALMAZÁS-JELENSÉG MEGÉRTÉSÉNEK A FEJLŐDÉSE

Dávid-Kacsó Ágnes, Roth Mária

A gyermekbántalmazás jelenségének első tudományos igényű leírásaival egyidősek azok az elméleti megközelítések, amelyek arra próbálnak választ adni, hogy miért nem képes egy szülő gyermeke szükségleteit kielégíteni, illetve miért lesz agresszív vele szemben. Az első megközelítések egytényezős elméletek voltak, fókuszukban annak a tényezőnek az azonosítása állt, amely megmagyarázhatja a szülők bántalmazó viselkedését.

A bántalmazás magyarázatának pszichológiai elméletei. Az orvosi szemlélet

A közvélemény figyelmének a felhívása a gyermekbántalmazás tényére Kempe nevéhez köthető, aki a 60-as években az első kutatásokat végezte a rossz bánásmódok gyermekáldozataival kapcsolatban. Publikációiban Kempe – aki gyermekorvos volt – a csecsemők nem véletlenszerű végtagi töréseivel kapcsolatban felvetette a *megvert kisgyermek* (*battered baby*), mint orvosi szindróma létezését (Kempe és mtsai, 1962, Kempe, 1985). Orvosi követelményeknek megfelelően leírta a felismerhető

tüneteket, melyek alapján a csecsemők esetében a nem balesetszerű sérülések a balesetszerűektől megkülönböztethetők. Ezzel Kempe és munkatársai (1962) megalapozták a bántalmazás orvosi elméletét. A gyermekbántalmazás, mint orvosi szindróma jól körülírható, azaz diagnosztizálható jelenség, ami a gyereknél egy sor felismerhető szimptómát egyesít: fizikai leleteket a bőr, a végtagok és a test többi részén, valamint pszichológiai tüneteket. Az orvosi megközelítés értelmezésében, kórerediti szempontból elsődleges tényezőnek a felnőtt pszichopatológiája tekinthető: impulzivitás, agresszivitás, érzelmi éretlenség, rigiditás és dominanciára való hajlam, alacsony frusztráció tolerancia. A stresszhatás katalizáló jelenlétében ezek a felnőttek fizikailag és/vagy verbálisan agresszívan reagálnak a gyerekekkel szemben. A feltételezés, miszerint a szülők pszichológiai sajátosságai magyarázzák a bántalmazás tényét a pszichológiai magyarázatok keresése irányába indította el a gyermekbántalmazás okaira vonatkozó kutatásokat.

Az eredmények azonban nem erősítették meg az orvosi modell feltételezéseit, nem sikerült olyan pszichológiai tényezőket azonosítani, melyek egyértelműen összekapcsolhatók a gyermekbántalmazással. Valójában a gyermekeiket bántalmazó szülők sokfélék. Találunk köztük olyanokat, akiknél hiányos az önkontroll, akiket türelmetlenség, erőszakos kitörések és krónikus agresszivitás jellemez, de olyanokat is, akik rideg, érzelemmentes személyiségek, és a gyermekkel való kapcsolatukra a melegség hiánya a jellemző; egyes bántalmazó szülőknél alacsony intelligenciaszintet, másoknál viszont normális, sőt magas intelligenciaszintet figyeltek meg; egyes szülők szorongóak, elszigetelten élnek és gyerekeiket is elszigetelik, esetleg alacsony az önértékelésük, önmagukat vádolják, vagy krónikus depresszióban szenvednek, mások önteltek, saját szükségleteiket helyezik előtérbe és nincs lelkiismeret-furdalásuk. Nehéz globális értelemben vett személyiségtipológiát asszociálni azon szülők esetében is, akik krónikusan bántalmazzák gyermekeiket. Nemcsak azonosítani nehéz azoknak a személyiség típusát, akik a gyermekeket bántalmazzák, de nem is lehet meghatározni egy világos különbséget azok között, akik bántalmaznak, és azok között, akik nem. Kempe és Kempe (1978) 10%-ban állapították meg a pszichopáták és szociopáták arányát a bántalmazó szülők között.

A bántalmazás intergenerációs elmélete

A pszichológiai kutatások az egyén pszichopatológiáján kívül kiterjedtek a bántalmazó szülők koragyermekkorai tapasztalataira, így az 1970-es években elterjedt az a nézet, amely szerint a bántalmazó szülők önmaguk is gyermekkorukban bántalmazás áldozatai voltak (pl. Fontana, 1973, Steele és Pollock, 1974). A gyerekekkel szembeni erőszakkal és elhanyagolással kapcsolatos kutatások megállapították, hogy a szülők többnyire azt a magatartást gyakorolják gyerekeikkel szemben, amelyet ők maguk is tapasztaltak saját családjukban. Ez akkor is érvényes, ha gyerekkorukban szenvedtek szüleik viselkedése miatt. Úgy néz ki, hogy a szülők jelentős része nem tud segítség nélkül eltávolodni azoktól a nevelési módszerektől, felfogásoktól, amelyeket szülei részéről tapasztalt, bármilyen fájdalmasan élte is meg ezeket a múltban (Killén, 2003). Egeland és Jakobovitz (1984) 160 anyától gyűjtött az élettörténetükkel kapcsolatos információt. Az anyák súlyos bántalmazást szenvedtek el gyerekkorukban. Ebből a mintából előzetesen kiválasztották azon anyákat, akik a közelmúltban súlyos, illetve enyhe fizikai büntetéseket alkalmaztak – utóbbiak nem hagytak nyomot a gyerek testén – valamint azokat, akik elhagyták gyermekeiket. A szerzők szerint a minta egészében a bántalmazó viselkedés generációközi átadásának aránya 70%-os volt. Későbbi kutatások ennél alacsonyabb átadási arányt találtak, pl. Kaufman és Zigler (1989), akik nagy kockázatot képviselő szülők körében végezték a kutatást, 30%-ról beszélnek, de ennél alacsonyabb arányokról is számoltak be publikációk (pl. Dixon, Browne & Hamilton-Giachritsis (2005) 6,7%-ot említenek). A nagy eltérések részben azzal magyarázhatók, hogy nagyon változott, hogy a különböző kutatások milyen típusú, súlyosságú és gyakoriságú szülői viselkedéseket tekintettek bántalmazásnak. Egy longitudinális kutatás eredményei szerint, mely a bántalmazott gyerekek sajátosságait követte 30 éven át, a gyerekkorukban bántalmazott személyek 21,5%-a kerül a gyermekvédelmi hatóságok látókörébe a gyermekeikkel szembeni rossz bánásmód miatt, szemben a kontrollcsoport 11,7%-val (Widom, Czaja & DuMont, 2015), ami bár kétszerese a kontrollcsoporténak, de az összes

esetnek csak körülbelül az egyötödét teszi ki. Az adatok tükrében elmondhatjuk tehát, hogy a szülő által gyermekkorban elszenvedett bántalmazás kockázatot képvisel a saját gyermek bántalmazására vonatkozóan, de nem állítható, hogy feltétlenül ahhoz vezet (Dixon és mtsai., 2017). Rutter (1987) szerint nem a szülői magatartás öröklődik, hanem bizonyos magatartászavarra való hajlam és a viselkedési minta. A generációközi „öröklődés” nem genetikai jellegű, hanem szociális mechanizmusok révén jön létre, amelyeknek a hatását befolyásolja a társadalomban tapasztalható strukturális erőszak, a családok hátrányos helyzete és a veszélyeztetettsége (Rees és mtsai, 2015).

A kötődés és a bántalmazás kapcsolata

A Bowlby (1951, 1969) nevéhez köthető kötődés elmélete és az Ainsworth és munkatársai (1978, 1982) által azonosított kötődési típusok felnőttkorban is kimutatható hatásainak a megértése új dimenzióval bővítette a gyermekbántalmazás esetleges okairól és hatásairól létező tudást. A kötődés elméletének (Bowlby, 1969) megfelelően, az egyedek túlélése egy kötődési személy közelségének biztosításától függ. Vészhelyzet esetén a csecsemő elsősorban sírással, majd mikor helyváltoztatásra képes, kúszással, mászással törekszik a kötődési személy közelségére, amikor ezt elérte, akkor a segélykérő viselkedés (pl. sírás) leáll és helyét olyan veszi át, amely a közelség megtartását segíti elő, pl. mosoly, kapaszkodás, gögicsélés. A kötődési viselkedés eredménye tehát a közelség elérése a bizalmi személlyel. A kötődési viselkedés végig kíséri az ember életét, a szeretett személy(ek)től való távollét felnőttekben is szorongást kelt, még ha az elviselhető idő és a távolság nő is az idő teltével. Stresszhelyzetben az idősebb gyerekek, de a felnőttek is keresik a kötődési személyek közelségét (Bowlby, 1969). A kötődés kialakulásának kritikus periódusa az első év, de egy nagyon fontos szakasza három éves kor utánra tehető, amikor a gyermek tudatára ébred annak, hogy a kötődési személynek – általában az anyának – vannak saját érzelmei, gondolatai, a gyerekre vonatkozó elvárásai, és ezek különbözhetnek a gyerek saját motivációitól, terveitől, aki lassan képessé válik ezeket kommunikálni anyja felé és így közösen találhatnak mindegyik

fél számára elfogadható megoldásokat. Ezt a fázist Bowlby „cél-korrektív partnerségnek” nevezte (Bowlby, 1969, 356.old). Ebben a fázisban a gyermek biztonságérzete nem függ feltétlenül az anya fizikai jelenlététől, hanem a közös célok, tervek kialakulásának folyamatában szerzett bizalmon alapul. Bowlby (1969) szerint nagy jelentősége van annak, hogy ebben a periódusban az anya-gyermek párosban milyen érzelmek oszthatók meg az anya és a gyerek között, illetve melyek azok, amelyek kizáródnak a közöttük levő kommunikációból. Úgy látta, hogy a cél-korrektív partnerség megbízhatóbb előrejelzője a későbbi fejlődési sajátosságoknak, mint az első 12 hónapban kialakuló munkamodell (Hámori, 2013). A kötődési viselkedések a környezeti feltételekkel kölcsönhatásban belső munkamodellekké alakulnak, amelyek segítségével az egyén felismeri azokat a jelzéseket, amelyek jelenlétében a kötődési viselkedést aktiválja, a viselkedését szervezi ezekben a helyzetekben és a várható kimenetelt megjósolja (Bowlby, 1969; Hámori, 2013)

A gyermeki viselkedés legmeghatározóbb rendszerei a kötődési, az explorációs és az. Vannak helyzetek, amikor a rendszerek aktiválása szinkronban történik (pl. vészhelyzet esetén a kötődési személy közelségét kereső és a veszélyt elkerülő viselkedés egyszerre aktiválódik), de vannak esetek, amikor a rendszerek egymással ellentétesen működnek: pl. a kötődési viselkedés aktiválódása az explorációs viselkedés leállításával jár. Ennek következménye, hogy a világról való tudás, a hatékonyság érzése és a magabiztosság kialakulását nagyban befolyásolja a kötődési személy elérhetősége (Crittenden és Ainsworth, 1989). A kötődés minősége arra vonatkozik, hogy egy személynek a kötődési személy iránti viselkedése, gondolatai és érzelmei hogyan szerveződnek. Ennek alapján Ainsworth és munkatársai (1978) három kötődési stílust azonosítottak, amelyek nagymértékben az anya elérhetőségétől függenek: a biztonságos, a szorongó-elkerülő és a szorongó-ambivalens stílust. Azok a csecsemők, akiknek anyja nem elérhető, vagy nem megfelelően válaszol a gyerek szükségleteire, szorongó kötődést alakítanak ki. Ha a gyerek közelség kereső viselkedésére az anya részéről nem érkezik kielégítő, koherens válasz, a gyermeknél megjelenik a düh, így amikor az anya elérhető, a gyermek ambivalensen reagál. Mivel nem bízhat abban, hogy az anya szükség esetén elérhető,

nagyon figyel az elválás fenyegetésére utaló jelekre. Ezek a gyerekek ambivalens-szorongó kötődést alakítanak ki. Abban az esetben, amikor az anyák nyíltan vagy burkoltan elutasítóak vagy dühösek a gyermekükkel való kapcsolatukban, kerülük a testi kontaktust, amikor az erősen igényelné azt, a gyerek kötődési személy iránti viselkedését nem csak a visszautasítás miatt érzett düh, hanem az eltaszítástól való félelem is áthatja. Az ilyen gyerek leválasztja a kötődési viselkedését azokról a jelzésekről, amelyeknek aktiválniuk kellene azt (pl. a szülő távozása a szobából vagy a visszatérése), és elkerülik a kapcsolat keresést is és a dühöt is, aminek az elutasítását vetítik előre (Crittenden és Ainsworth, 1989). Az anya visszautasító viselkedésének okai között lehet a saját szorongó kötődése, mikor a gyermek normális közelség kereső viselkedése túl megterhelővé válik, de pszichopatológiai jellegű zavarok, veszteségek, gyermekkori bántalmazás is.

A gyerekek egy csoportjánál azt találták, hogy viselkedésük egymást követően egymásnak ellentmondó viselkedéseket mutat. Ezt a kötődési mintát Main és Solomon (1990) dezorganizált kötődésnek nevezte. Ennek a kötődéstípusnak az előfordulási aránya középosztálybeli családoknál 5-15%, nehéz élethelyzetben levő, traumatizált családoknál 24-35%, pszichopatológiai problémákat mutató szülők esetén 40-55%, míg családon belüli erőszak esetén 80%-ot is elérte (Hámori, 2013). A későbbi kutatások azt bizonyították, hogy a dezorganizált kötődést nem jelezte előre az anya érzékenységeinek a hiánya, mint a szorongó kötődés típusokat (van IJzendoorn és mtsai, 1999), ami alátámasztja Main és Hesse (1990) megfigyelését, miszerint ez a kötődési mintázat olyankor jelenik meg, amikor az anya kezdetben elég konzisztensen érzékeny viselkedést mutatott ahhoz, hogy a gyerek kialakíthassa az elvárásait, azonban bizonyos esetekben a gyerek stresszjelzései – általában saját feldolgozatlan traumái következtében – rémületet keltenek az anyában, így a gyerek az elvárt megnyugtató viselkedés helyett az anya rémületével vagy éppen fenyegető viselkedésével szembesül (Hesse és Main, 2000), aki képtelen bármilyen védelmet nyújtani, vagy éppen ő maga ijesztően viselkedik. Ezek az anyák vagy tehetetlenséggel reagálnak a gyerekeik védelmet kereső viselkedésére, vagy intenzív dühvel. A gyerekek viselkedése a szülők ellenségességét és dühét tükrözi, provokatív viselkedésükkel megpróbálják a szüleiket a védelmező

szerepbe kényszeríteni, ami azonban a legtöbb esetben nem sikerül, így a gyerekek védelem nélkülinek, sebezhetőnek, kontrollvesztettnek és tehetetlennek érzik magukat (George & Solomon, 2008; Dixon és mtsai, 2017). A dezorganizált kötődés erősen előre jelzi a serdülőkori pszichopatológiai problémák megjelenését (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008).

A fentiekből látszik, hogy a kötődés több módon kapcsolódik a szülők bántalmazó viselkedéshez. A kapcsolatot a belső munkamodell adja, ami kötődési személlyel való korai kapcsolatban alakul ki. Ha az anya konzisztensen elérhető és érzékenyen válaszol a gyerek szükségleteire, akkor gyerekek az anyáról kialakult reprezentációja az lesz, hogy gondoskodó, és önmagáról az, hogy kompetens és szeretetreméltó, hiszen ki tudja váltani a környezete gondoskodó reakcióját. Ezzel szemben, ha az anya reakciója inkonzisztens, vagy nem felel meg a gyerek szükségleteinek, a gyerek belső reprezentációja a kötődési személyről az lesz, hogy megbízhatatlan, és magáról az, hogy értéktelen és inkompetens, mert nem tudja kiváltani a gondozójából a kívánt reakciót (Crittenden és Ainsworth, 1989). Azok a gyerekek, akik elsődleges gondozójukkal kapcsolatban azt tapasztalják, hogy konzisztensen és érzékenyen válaszolnak a szükségleteikre, egy intergált munkamodellt alakítanak ki a környezettel való kapcsolatra vonatkozóan, amelyet az időnkénti frusztrációk nem befolyásolnak. Az inkonzisztens anyákkal való kapcsolatban, akik néha válaszolnak a gyermek szükségleteire, máskor viszont nem, a kisgyerekek két, egymással szemben álló munkamodellt alakít ki, ami tovább mélyül, amikor a gyerek kognitív fejlődésében odáig jut, hogy a tapasztalatait a verbális kommunikáció is árnyalja. Így az a gyerek, aki gyakran hallja, hogy ő rossz és szükségleteit gyakran ignorálják, vagy éppen büntetést kap, ha kifejezi őket, kialakít egy modellt, amelynek megfelelően anyja egy csodálatos személy, míg ő maga rossz, szeretetre méltatlan (Crittenden és Ainsworth, 1989). Ezzel egyidőben kialakul egy ennek ellentmondó modell is, amely szerint az anya egy visszautasító, érzéketlen személy, ő maga pedig egy jogos elvárásokkal rendelkező kisgyerek. Ez a második modell általában túl fájdalmas volta miatt kiszorul a tudatból, ami együttjár az ezekhez tartozó emlékek epizódikus emlékezetben való elszigetelődéséhez. Mivel ezek az

emlékek ily módon nem integrálhatók, a személyiség szerveződésében is zavart okozhatnak (Hámori, 2013).

A saját szüleikhez bizonytalanul kötődő szülők belső munkamodellje szerint mások arra akarják használni őket, hogy saját szükségleteiket kielégítsék, miközben az övéket elutasítják, a domináló érzelmi állapotuk a düh, üresség vagy depresszió lesz (Crittenden & Ainsworth, 1989). Ennek következtében kevésbé érzékenyek a gyerekeik szükségleteire, intruzívabb, sőt durvább szülői viselkedést mutatnak (Cramer & Kelly, 2010; Morelen, Rosenblum & Muzik, 2018; Rost, Ziegenhain, Fegert, Buchheim & Kohler-Dauner, 2024), ami oda vezet, hogy a bántalmazott gyerekek szorongó kötődést alakítanak ki a szüleikkel (Crittenden & Ainsworth, 1989, Cicchetti & Doyle, 2016). Így ezek a gyerekek – akik arra vannak kódolva, hogy a közelséget keressék a szüleikkel, akik ebben az esetben veszélyesek számukra – egyidőben dühösek, elkerülők és túlzott közelséget keresők, másokkal szemben pedig gyakran a szülő védelmezőjének a szerepét veszik fel, hogy saját dühük ellen védekezzenek (Crittenden & Ainsworth, 1989; Dixon és mtsai, 2017). Csecsemőkorban, a bántalmazott gyerekek hamar megtanulják, hogy szükségleteik kimutatása visszautasítást vált ki az anyjukból, ezért nem mutatják ki dühüket és megtanulják, hogy anyjuk túlzott elvárásai ellen ne tiltakozzanak, sőt működjenek együtt azok teljesítésében. Ha a szülő viselkedése kiszámíthatatlan, akkor a gyerek nem tudja megtanulni, hogy mi az amivel az anyát ki tudja elégíteni, ezért viselkedése az elutasító és a kényszeresen alkalmazkodó között váltakozik. Az elhanyagoló anya esetében a gyerek azt látja, hogy a jelzéseire az anya nem reagál, ezért sok gyerek megpróbálja erősíteni a figyelemfelkeltő viselkedést: hangosabb lesz vagy erősebben kapaszkodik az anyába. Ha erre a viselkedésre az anya reagál, akkor a viselkedés megerősödik, a gyerek követelőzővé és erőszakossá válik. Ezek az erős figyelemfelkeltő ingerek gyakran dühöt váltanak ki az általában nem válaszoló anyából, így az elhanyagolt gyerek nagy valószínűséggel bántalmazottá is válik. Ha azonban ezzel a viselkedéssel sem tudnak az anyából választ kiváltani, a gyerekek visszahúzódnak, depressziósak lesznek, vagy ignorálják az anyjukat (Crittenden & Ainsworth, 1989). Látszólag nincs szükségük

gondoskodásra, függetlennek tűnnek. Viselkedésük az anyjuk ignoranciáját tükrözi, távolságtartóak lesznek (Dixon és mtsai, 2017)

A túlzottan alkalmazkodó gyerek elnyom olyan viselkedéseket, amelyeket a szülők elutasítanak és kialakít más, általuk preferáltakat, ami segít elkerülni a büntetést és gyakran jó teljesítményhez és gondoskodáshoz vezet, amit a szülő jutalmaz (George & Solomon, 2008). A túlalkalmazkodó viselkedésnek három összetevője van: túlzott érzékenység a szociális jelzésekre (melyeket gyakran hibásan értelmez a személy), felületes együttműködés veszélyesnek ítélt helyzetekben és elfojtott düh (Crittenden & Ainsworth, 1989). Mivel a düh kifejezése elutasítást vált ki a szülőből, ezek a gyerekek nem mutanak nyílt agresszív viselkedést és a szociális jelekre való érzékenységük és empátiás készségük következtében a társak és a felnőttek részéről elfogadást tapasztalnak (George & Solomon, 2008; Dixon és mtsai, 2017). Mivel azonban mindegyikük az ára a gyerek saját érzéseinek és dühének az elnyomása, a teljesítmény elérése nem okoz elégedettséget, és a gondoskodás dühvel és kényszerítettség érzésével társul (Crittenden & Ainsworth, 1989).

A nyíltan agresszív és ellenálló gyerekek ezzel szemben nagyobb eséllyel maradnak a szülői bántalmazás áldozatai, de kisebb valószínűséggel tagadják saját érzelmeiket. Másokat negatívan érzékelnek, és saját dühük számára gyakran kívül keresnek magyarázatot (Crittenden & Ainsworth, 1989). Viselkedésükre gyakran diszruptivitás jellemző, gyakoriak az internalizációs és externalizációs problémák, a dac, a kényszerítő viselkedés, az agresszív és halállal kapcsolatos fantáziák (Dixon és mtsai, 2017; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008).

Összefoglalva, megállapíthatjuk, hogy a gondozó személy saját bizonytalan kötődése – ami gyakran a gyermekkorában átélt bántalmazásnak a következménye – akadályozza a gyerek szükségleteire való érzékeny odafigyelést, a kisgyerek gondoskodást kereső viselkedése visszautasítást, dühöt vagy tehetetlenség érzést vált ki a gondozóból, aminek következtében a gyerek kötődése is bizonytalanává válik. Ez a körkörös kapcsolat, ami kiemeli a bántalmazás és kötődés kapcsolatát, rámutat a bántalmazás intergenerációs átadásának egy lehetséges mechanizmusára (Madigan, Wade, Plamondon & Jenkins, 2015).

Szociológiai magyarázatok a gyermekbántalmazás kialakulására

A gyermekbántalmazást magyarázó szociológiai tényezők közé a strukturális és demográfiai sajátosságok sorolhatók. Ebben a kontextusban elsősorban a gazdasági nehézségek, a lakókörnyezet, a családi struktúra, az etnikai kisebbséghez való tartozás, és a társadalom erőszakkal szembeni attitűdjének szerepét emelhetjük ki.

A szegénység és gyermekbántalmazás kapcsolatára már a kutatások korai fázisában rámutattak (Garbarino, 1976; Gelles, 1992; Schuck, 2005; Kim, Chung & Ahn, 2023), kiemelve, hogy a szociális-gazdasági tényezők, illetve a család szociális háttere nemcsak a gyermekkel szembeni visszaélések kialakulását befolyásolják, hanem annak következményeit, valamint a beavatkozás lehetőségeit és sikerének esélyét is (Aber és mtsai, 1989; Hill & Aldgate, 1996; Thoburn, 1997; Pinheiro, 2006; Maternowska & Fry, 2015). A szegénység általában az elhanyagoláshoz kapcsolható és az alacsony gazdasági státusú családból származó gyerekek nagyobb eséllyel kerülnek a gyermekvédelmi hatóságok figyelmébe (Schuck, 2005; Zhang, Nepomnyaschy & Simmel, 2022), de nem feltétlenül nagyobb ezekben a családokban a fizikai és érzelmi bántalmazás gyakorisága (Zhang, Nepomnyaschy & Simmel, 2022). Az alacsony jövedelem mellett a családi bevételek instabilitása is növeli a gyermekbántalmazás előfordulásának az esélyét (Monahan, 2020).

A gyermekbántalmazás kapcsolatba hozható a családi struktúrával is. A kutatások azt mutatják, hogy az egyedülálló anyák által vezetett családokban nagyobb a gyermekbántalmazás előfordulásának kockázata (Sidebotham és mtsai, 2006; Dufour, Laverigne, Larrivee & Trocme, 2007). Ha ezekben a családokban figyelembe vettek olyan tényezőket, is, amelyek a szülő háttéréhez kapcsolódtak, például az életkora, iskolázottsága, gyermekkori tapasztalatai, pszichopatológiai problémái illetve gazdasági státusa, akkor a családi struktúrának az előrejelző értéke a bántalmazás előfordulására, csökkent (Sidebotham és mtsai, 2006). Ebből arra lehet következtetni, hogy nem az anyák kapcsolati státusa az, ami önmagában

növeli a gyermekbántalmazás kockázatát, hanem mindazok a háttértényezők, amelyek ezzel a sajátos helyzettel nagy eséllyel együtt járnak (Hunter & Price-Robertson, 2012). Hasonló eredményekre juthatunk, ha a gyermekbántalmazás valószínűségét a sokgyermekes családokban vizsgáljuk. Bár a magas gyerekszám a családban hagyományosan a gyermekbántalmazás előfordulásának nagyobb gyakoriságával kapcsolható össze, ha a strukturális tényezőket kontrollálják (azonos gazdasági-szociális státusú családokat hasonlítanak össze), akkor a fenti kapcsolat gyengévé válik (Calheiros, Garrido, Ferreira & Duarte, 2020).

Az etnikum és gyermekbántalmazás kapcsolatára vonatkozó kutatások kiemelik az egyes etnikumokhoz, általában kisebbségekhez való tartozás és a gyermekbántalmazás kapcsolatát. A kutatások szerint például az Egyesült Államokban a gyermekvédelmi hatóság látókörébe került gyerekek között felülreprezentáltak a nem fehérek. Ennek okai között megemlíthető például a hatóságokat értesítő szolgálat (pl. egészségügyi intézmények) torzítása, amely nagyobb eséllyel gyanít bántalmazást nem fehér gyerekek esetén (Luken, Nair & Fix, 2021). A gyermekbántalmazás esetek jelentésénél tapasztalható torzítások jól dokumentáltak különböző kutatásokban, például egy portugál kutatás, mely vignettákat mutatott szakembereknek, azt mutatta ki, hogy nagyobb eséllyel jelentenek hasonló súlyosságú eseteket, ha az áldozat lány, fiatalabb és fehér, összehasonlítva az idősebb, roma fiú áldozatokkal (Calheiros és mtsai, 2020). Az etnikum és gyermekbántalmazás kapcsolatának magyarázatánál nem tekinthetünk el attól, hogy bizonyos etnikumok esetében magasabb a szegénységnek való kitettség, és a strukturális rasszizmus növeli az illető etnikumhoz tartozó családokra nehezedő nyomást és a családi stresszt, amelyek önmagukban is növelik a bántalmazás kockázatát (Kim & Drake, 2018; Luken és mtsai, 2021).

A gyermekbántalmazás tényét vizsgálva, fény derült arra, hogy bizonyos lakókörnyezetek sajátos mintázatot mutatnak ezen a területen (Gracia, López-Quílez, Marco & Lila, 2017). A közösségi folyamatok elemzése azt mutatja, hogy azok a lakókörnyezetek, amelyekre nagyobb közösségi hatékonyságérzés a jellemző, erősebbek a közösségi kapcsolatok, rendezettebbek, alacsonyabb gyermekbántalmazási aránnyal jellemezhetők, miután kontrollálják a szegénységgel összeköthető egyéb strukturális

tényezőket (pl. szerhasználat, bűnözés) (Molnar és mtsai, 2016). A lakókörnyezet és a különböző bántalmazási formák között sajátos kapcsolatot mutatott ki Antal és mtsai (2012), aki rámutatott, hogy Romániában a falusi és városi környezetben különböző bántalmazási formák az elterjedtebbek: míg falun a leggyakrabban előforduló bántalmazási mód a fizikai bántalmazás, addig városi környezetben az érzelmi bántalmazás az, amit a gyerekek a leggyakrabban tapasztalnak.

A társadalomnak a gyerekekhez és az erőszakhoz való viszonyulása befolyásolja a gyermekbántalmazás elterjedtségét. Ugyancsak fontos társadalmi tényező ebben a viszonylatban a jellemző értékrendszer, illetve azok a sajátos viszonyulások, amelyek befolyásolják a családi szféra hatáskörét (McCoy & Keen, 2022). Mivel a gyermekek nevelésének területén nagyok a kulturális eltérések, a gyermekvédelmi szakemberek elé kerülő nagy kihívások közé tartozik a közösségek kulturális sajátosságának a tiszteletben tartása, miközben a gyerekek biztonságának védelmét sem tévesztik szem elől (Raman & Hodes, 2012).

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy a gyermekbántalmazásra vonatkozó kutatások fényt derítettek számos társadalmi tényező és a gyermekbántalmazás kapcsolatára, ezen tényezők hatásának különálló vizsgálata azonban torzított eredményekhez vezethet. Például, a szegénység gyakran bizonyos etnikumokhoz kötődik, bizonyos családtípusokra nagyobb valószínűséggel jellemző, a szegények rendezetlenebb, nagyobb erőszak szinttel rendelkező lakókörnyezetben laknak, nagyobb ezekre a családokra nehezedő nyomás, így a végeredményben – a bántalmazott gyermekek arányában – mindezen tényezők összefonódásának hatását láthatjuk.

A gyermekbántalmazás ökológiai elmélete

A gyermekbántalmazás kialakulásáról alkotott tudás mennyiségének növekedésével világossá vált, hogy egyetlen – egy területre összpontosító – megközelítés nem képes teljes mértékben megragadni azokat a tényezőket, amelyek következtében gyermekek, leggyakrabban saját családjukban, bántalmazás áldozataivá válnak. Ahogy a szociológiai megközelítések

esetében láttuk, a bántalmazással kapcsolatba hozható tényezők szoros összefüggésben állnak egymással. A pszichológiai tényezőket ugyancsak nem vizsgálhatjuk egymástól és a környezeti kontextustól függetlenül. Ebből a belátásból kiindulva terjedt el a gyermekbántalmazás magyarázatának ökológiai elmélete, amelynek megfelelően a gyermekbántalmazás egy többfaktoros, dinamikus és komplex folyamat, amelyben egyaránt szerepet játszanak a gyermek egyéni sajátosságai, kapcsolatai, családi sajátosságai valamint a társas és társadalmi környezet, amely körülveszi (Hamilton-Giachritsis & Pellai, 2017)

Az egyéni fejlődés ökológiai modellje Urie Bronfenbrenner (1979) nevéhez köthető. Ennek megfelelően az egyéni fejlődést egy sor, egymással szoros kapcsolatban levő rendszer hatása befolyásolja. Az alábbiakban bemutatjuk a fejlődésben szerepet játszó rendszerek sajátosságait, a fejlődési személyhez legközelebb állótól az egyre tágabb kontextusok fele haladva (Bronfenbrenner, 1994, 39-41 old.):

A *mikrorendszer* azokat a tevékenységeket, szerepeket és kapcsolatokat foglalja magába, amelyek a gyermek közvetlen, személyes környezetére jellemzők, azokkal a sajátos fizikai, szociális és szimbolikus funkcióikkal együtt, amelyek lehetővé tesznek vagy tiltanak bizonyos viselkedéseket és interakciókat. Ide tartozik minden olyan rendszer, aminek a gyermek közvetlenül része, például a család, az iskola, a kortárs csoport vagy a lakókörnyezet. A fejlődésért felelős folyamatok hatása a mikrorendszerek sajátosságaitól függ.

A *mezorendszer* azokat a kapcsolatokat foglalja magába, amelyek a fejlődő személyt tartalmazó rendszerek között jönnek létre (pl. a család és az iskola közötti kapcsolat).

Az *exorendszer* azokat a kapcsolatokat tartalmazza, amelyek olyan rendszerek között vannak, amelyek közül legalább az egyiknek a gyerek nem tagja közvetlenül, de amelyek befolyásolják a gyermek közvetlen környezetét alkotó rendszerekben zajló folyamatokat (például a szülő munkahelye és az otthon közötti kapcsolat). A gyermek fejlődésére legnagyobb hatást kifejtő exorendszerek: a szülő munkahelye, a család szociális kapcsolatrendszere, és a lakókörnyezet és tágabb közösség közötti kapcsolatok.

A **makrorendszer** az illető kultúrára jellemző sajátosságokra vonatkozik, amelyek meghatározzák a mikro- mezo- és exorendszerek jellemzőit. Ide tartoznak az illető kultúrában gyökerező hiedelmek, értékrendszerek, tudás, életstílus, erőforrások, életút lehetőségek, stb. Ebbe a kategóriába sorolható továbbá a társadalom viszonyulása az erőszakhoz és az erre vonatkozó törvények, a gyermeknek tulajdonított fontosság és az ennek megfelelő ráfordítások, az iskolai neveléssel kapcsolatos elvárások, a társadalom tipikus szociális problémái, a szegénységhez való hozzáállás, az érvényben lévő szociálpolitika és mások. A makrorendszert úgy tekinthetjük, mint egy adott kultúra vagy szubkultúra társadalmi lenyomatát.

A **kronorendszer** az idő hatására történő változásokat foglalja magába, nem csak az egyén tulajdonságaira, hanem a környezetre vonatkozóan is (például a családi állapot vagy gazdasági státus megváltozása az idő folyamán, a családi élet kiszámíthatósága a különböző periódusokban, stb.). Ennek értelmében az egyén fejlődését befolyásolja, hogy bizonyos – személyes vagy társadalmi – események az életének melyik szakaszában történnek vele.

Ezt a modellt többek között Belsky (1980) adaptálta a gyermekbántalmazás magyarázatára, kiegészítve a szülők saját gyerekkori tapasztalatait magába foglaló ontogenetikus rendszerrel. Meggyőződése szerint azonban, bár az adott modell segíti a szisztematikus adatgyűjtést a bántalmazásban tetőző tényezőkre vonatkozóan, nem tartalmazza a kialakulására vonatkozó szükséges vagy elégséges feltételeket.

Chicchetti és Lynch (1993) kidolgozta a gyermekbántalmazás ökológiai tranzakcionális modelljét, amelybe szándékuk szerint belefoglalták a bántalmazás okait, következményeit és a bántalmazáshoz vezető folyamatokat meghatározó tényezőket. Modelljükben azokra a kockázati tényezőkre fókuszálnak, amelyek egymással való interakciói bántalmazáshoz vezethetnek. Ezek a tényezők két nagy csoportba oszthatók: veszélyeztető tényezők, melyek növelik a bántalmazás előfordulásának az esélyét, illetve kompenzáló tényezők, amelyek csökkentik azt. Mindkét kategóriába sorolható tényezők közül egyesek átmenetiek, mások tartósak.

A bántalmazás akkor történik meg, amikor a veszélyeztető tényezők hatása tartósan meghaladja a kompenzáló tényezőket.

A *tartós vulnerabilitási tényezők* közé tartozik az összes olyan viszonylag hosszú távon ható tényező, amelyeknek a rossz bánásmódot erősítő hatásuk van. Ezek a tényezők magukba foglalják a szülő, a gyermek és a környezet jellemzőit, melyek lehetnek biológiai jellegűek, történetiek (pl. a szülő által gyermekként elszenvedett bántalmazás), pszichológiai vagy szociológiai természetűek. Ebbe a kategóriába tartoznak tehát a felnőtt valamint a gyermek személyiségjegyei, mint például a frusztrációval szembeni tolerancia hiánya, az önértékelés és önbizalom hiánya, bizonyos patológias tényezők jelentkezése. A gyermek biológiai szintjén megemlíthetők az örökletes fejlődészavarok. A tartós szociológiai vulnerabilitási tényezők közé tartozik például a szegénység vagy a rossz lakáskörülmények. Makroszociális szinten hosszú távon hatnak az erőszakkal szembeni társadalmi attitűdök és a gyermeknevelés sajátosságait meghatározó kulturális sajátosságok.

Az *átmeneti kockázati tényezők* olyan állapotok és stresszkeltő tényezők, amelyek rövidebb távon hatnak. Ebbe a csoportba tartoznak a veszteségek (szerett személy, munkahely, stb.), betegségek, a párkapcsolat időszakos nehézségei, a gyerek új, a család által nehezen kezelt fejlődési szakaszba érkezése, a családi életben bekövetkezett változás (például egy szülő külföldi munkavállalása).

A *tartós kompenzáló tényezők*, mint például a pozitív szülő-gyerek kapcsolat, a szülők közötti pozitív kapcsolat, anyagi biztonság, hosszútávon csökkentik a bántalmazás kockázatát.

Az *átmeneti jellegű kompenzáló tényezők* csökkentik a családra nehezedő stresszt. Ilyen módon hathat például a gyermek fejlődési krízisből való kilábalása, a családi harmónia időszakai vagy a család anyagi helyzetének megjavulása (Cicchetti és Lynch, 1993, 93.old).

Ezek az átmeneti és tartós kockázati és védő tényezők a Bronfenbrenner (1979) által leírt és Belsky (1980) által kiegészített modell minden szintjén hatnak. Cicchetti és Lynch (1993) tranzakcionális modellje szerint a különböző rendszerek közötti interakciók visszahatnak a gyermek fejlődésére. Mindegyik szinten, a kockázati és védő tényezők kölcsönhatása

létrehoz egy adott állapotot, ami a többi rendszerre is hat, és hatását az ott létező kockázati és kompenzáló tényezők szabályozzák. Például, a társadalomban az erőszakkal szembeni tolerancia szintjét a tartós kockázati és védő tényezők közötti kölcsönhatás módosíthatja: nehéz gazdasági körülmények között az erőszak felerősödhet, de a világos törvények, melyek betartását ellenőrzik, csökkenthetik hatásait. Mindez begyűri az exorendszerek szintjére (pl. a szülők munkahelyére), ahol újabb védő vagy kockázati tényezők hatnak (pl. az adott munkahelyen belül a dolgozók elégedettsége vagy a munkatársak közötti feszültségek), amik meghatározzák azt, hogy mindebből mennyi kerül be a családba, ahol újabb védő és kockázati tényezők kölcsönhatása eredményeképpen megtörténhet vagy elkerülhetővé válik a gyermek bántalmazása. A továbbiakban Hamilton-Giachritsis és Pellai (2017, 36-41 old.) nyomán bemutatjuk a gyermek ökorendszere különböző szintjein ható kockázati és védő tényezőket.

1. Táblázat. Kockázati és védő tényezők a gyermek a gyermek fejlődést befolyásoló rendszerek különböző szintjein

		Kockázati tényezők	Védő tényezők
A gyermekhez köthető sajátosságok		fejlődési szint (életkor) nem egészségi állapot/sérült gyermek a szülés körüli nehézségek	jó egészségi állapot átlag fölötti intelligencia önértékelés belső kontroll érzelemszabályozási képesség.
A szülő ontogenetikus szintje		bántalmazás gyermekkorban mentális problémák alacsony életkor a gyermek születésekor szerhasználat ellenséges, kontrolláló viselkedés a gyermekkel	magas iskolázottság gyerek szükségleteire való érzékeny odafigyelés
Mikrorendszerek	Család	nemkívánt terhesség egyedülálló szülő nagy létszámú család kapcsolati nehézségek	stabilitás harmonikus kapcsolatok legalább közepes stabil jövedelem

		Kockázati tényezők	Védő tényezők
		parnererőszak szegénység munkanélküliség elérhető szociális támogatás hiánya	
	Lakókörnyezet, közösség	erőszak a közösségben alacsony szociális kohézió elérhető szolgáltatások hiánya	támogató felnőttek (a családon kívül) erős kapcsolati háló
Makrorendszerek	Társadalmi és kulturális sajátosságok	attitűdök, hiedelmek törvénykezés, gazdasági rendszer politikai berendezkedés internet hozzáférhetősége és internethasználati kultúra	gyerekek értékét kiemelő szociálpolitika gyerekek érdekét követő támogató törvények a gyerekek jogainak tisztletben tartása

Forrás: a szerzők

Kockázati tényezők a gyermekbántalmazás szempontjából

A gyermekhez köthető tényezők

Számos kutatás igazolja, hogy a kisebb gyerekek nagyobb eséllyel lesznek különböző bántalmazás formák áldozatai, mert jobban rá vannak utalva a gondozóikra és nagyobb a köztük levő erőkülönbség, ráadásul kisebb méretüknél fogva könnyebben megsérülnek (McCoy & Keen, 2022). A bántalmazásból eredő legtöbb haláleset az öt év alatti gyerekek esetében történik (Makhlouf & Rambaud, 2014; Scarcella, Bess, Zielewski & Green, 2006), a serdülők kockázatkereső viselkedése pedig vulnerábilissá teszi őket a bántalmazásra. Az egy év alatti fiúk esetében gyakoribb a fizikai bántalmazás, míg a hasonló korú lányok esetében a súlyos elhanyagolás fordul elő gyakrabban (Scarcella, Bess, Zielewski & Green, 2006), ami a nem szerepét is kiemeli a gyerekeket érintő rossz bánásmódban. Nemmel kapcsolatos sajátosságok mutathatók ki az érzelmi és fizikai bántalmazással

kapcsolatos tapasztalatokban is: míg a lányok inkább érzelmi bántalmazás elszenvedői, addig a fiúk inkább fizikai bántalmazás áldozataivá válnak a családjukban (Antal és mtsai., 2012; Dávid-Kacsó & Antal, 2012). A sérült gyerekek nagyobb arányban kitettek a bántalmazásnak, mint a tipikus fejlődésű társaik. Egy ausztráliai kutatás azt mutatta ki, hogy az értelmi sérült gyerekek körében akkor is nagyobb lesz a bántalmazásnak kitettség, ha kontrollálják a többi családi és közösségi kockázati tényezőt (Maclean és mtsai, 2017). Dubowitz és mtsai. (2011) egy kutatásukban, melynek során tíz éven át követték egy bántalmazás szempontjából kockázatnak kitett gyerekcsoportot, azt találták, hogy az alacsony értelmi szinttel rendelkező gyerekek akkor is nagyobb arányban lettek bántalmazás áldozatai, ha nem voltak valamilyen sérültségi kategóriába besorolhatók. A sérült gyerekek gyakrabban lesznek rossz bánásmód áldozatai a kortársak és különböző intézmények személyzete részéről is (Stalker, Taylor, Fry & Stewart, 2015). A gyermek temperamentuma, mint kockázati tényező gyakran megjelenik a szakirodalomban, viszont óvatosan kell kezelnünk ezeket az eredményeket, ugyanis fennáll az eshetősége annak, hogy az anyák, miután nehézségeik vannak a gyermekeikkel kapcsolatban, nehezen kezelhetőnek érzékelik őket (McCoy & Keen, 2022).

A szülőkhöz vagy gondozókhöz köthető tényezők

A különböző gyermekbántalmazási formák általában kapcsolódnak az elkövető neméhez. Az elhanyagolást leggyakrabban az anyához kapcsolják, ami azzal is kapcsolatban lehet, hogy az gyermek gondozásának kötelességét a legtöbb kultúrában az anya személyéhez kötik (McCoy & Keen, 2022). A fizikai bántalmazásért törvény elé állított gondozók, a halállal végződő bántalmazási esetek és a szexuális bántalmazók körében gyakoribb a férfi elkövető (Sedlak et al., 2010; Whitt-Woosley, Sprang & Gustman, 2014).

A szülői szerfogyasztás az összes bántalmazás eset körülbelül kétharmadában előfordul (McCoy & Keen, 2022). Bár legszorosabban az elhanyagoláshoz kapcsolódik, mindegyik bántalmazási forma előfordulásának az esélyét növeli, és ez akkor is fennáll, ha a szülő vagy

gondozó aktuálisan nem küzd függőségi problémákkal, csak a múltjában fordultak elő ilyen jellegű problémák (McCoy & Keen, 2022).

A szülő mentális problémái erősen emelik a gyermekbántalmazás kockázatát (Doidge et al., 2017). Conron, Beardslee, Koenen, Buka & Gortmaker, (2009) egy öt évet átölelő longitudinális kutatás során azt találták, hogy az anya depressziója szoros kapcsolatban van az érzelmi bántalmazással, de adatok vannak arra vonatkozóan is, hogy az említett zavar emeli az erőszakos szülői viselkedés kockázatát is (Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000). A szülés utáni depresszió, mivel befolyásolja a korai anya-gyermek kapcsolatot, növeli a kötődési problémák esélyét, ami a gyermekbántalmazás kockázatának növekedésével jár (Rost és mtsai, 2024).

A szülő életkora a gyermek születésekor az egyik legfontosabb előrejelzője a gyermekbántalmazásnak. Sidebotham és mtsai (2006) azt találták, hogy a gyermekbántalmazás esélye háromszor nagyobb volt a fiatalkorú anyák és ötször nagyobb az alacsony iskolázottságú anyák esetében. A kapcsolatot valószínűleg az anyák gyermekgondozásra való felkészületlensége is magyarázza, ugyanis az elhanyagolás gyakran a gyerek szükségleteiről való tudás hiányára vezethető vissza, míg a fizikai bántalmazást gyakran azért alkalmazzák a szülők, mert nincsenek ismereteik a pozitív fegyelemzési módszerekről (McCoy & Keen, 2022).

Családhoz köthető tényezők

A családon belüli erőszak több úton is növeli a gyermekbántalmazás kockázatát. Önmagában az a tény, hogy a gyermek tanúja a családban a felnőttek között zajló erőszakos jeleneteknek veszélyezteti a fejlődését és súlyos hosszútávú következményekhez vezet. Emellett ilyen környezetben a gyermek fizikai biztonsága is veszélyeztetett, megsérülhet véletlenül vagy védve az erőszaknak kitett családtagot, általában az anyát (Roth, 2005; McCoy & Keen, 2022). A párkapcsolati erőszak ugyanakkor nagymértékű átfedést mutat a gyermekbántalmazással: Herrenkohl és munkatársai (2008) kutatásukban 40%-os átfedést találtak a két bántalmazási forma között. Azokban a családokban, ahol partnererőszak van jelen, az előforduló gyermekbántalmazás általában súlyosabb (Whitt-Woosley és mtsai, 2014).

A családi kockázati tényezők másik csoportja a család szerkezetére, méretére és gazdasági-társadalmi státusára vonatkozik. Ahogy a szociológiai magyarázó elméletek rámutatnak, az egyszülős családokban gyakoribb a gyermekbántalmazás, ami egyrészt a megnövekedett stresszel, a nagyobb eséllyel jelen levő gazdasági nehézségekkel magyarázható (Sidebotham és mtsai, 2006), ugyanakkor ezekben a családokban nagyobb az esélye annak, hogy a gyermek az anya partnerével él együtt és nem biológiai apjával, ami önmagában is növeli a gyermekbántalmazás előfordulásának kockázatát (van Ijzendoorn és mtsai, 2009). A gyermekek száma a családban összeköthető a bántalmazás kockázatával, érdekes módon a kutatások a legkisebb kockázatot a két-három gyerekes családokban találták, a legnagyobbat pedig a négy vagy több gyereket nevelő családokban. Az egyedüli gyerek közepes kockázatot képviselt a gyermekbántalmazás szempontjából (McCoy & Keen, 2022). A család alacsony társadalmi-gazdasági státusa növeli a szülőkre nehezedő nyomást, fokozza a stresszt, ami növeli a bántalmazás esélyét (Martins, Dias Matos & Sani, 2023). Az alacsony iskolázottsággal rendelkező, gyermekeiket egyedül nevelő anyák nagy eséllyel küzdenek gazdasági nehézségekkel, így a társadalmi jellegű kockázati tényezők összefonódva, egymást erősítve fokozzák a gyermekbántalmazás esélyét (Sidebotham és mtsai, 2006).

Közösségi kockázati tényezők: a család elszigetelődése

Kutatások bizonyítják, hogy a társas kapcsolatok hiánya a családdal, barátokkal, szomszédokkal, növeli a gyermekbántalmazás kockázatát, részben, mert a mindennapokban elérhető segítség hiánya növeli a családra nehezedő stresszt, másrészt az elszigetelt családok nehezebben jutnak a gyermekgondozásban hasznosítható információkhoz (Thompson, 2015). A szociális háló hiánya több okra is visszavezethető, például gyakori, hogy az elszigetelt családok gyakrabban költöznek, így nincs lehetőségük kapcsolódni a szomszédságukban élőkhez. Másrészt a család magányosságához vezethet a szülő(k) mentális betegsége vagy problematikus viselkedése, aminek következtében az ismerőseik eltávolodnak tőlük (McCoy & Keen, 2022). Vannak azonban olyan eredmények, amelyek arra mutatnak rá, hogy bizonyos esetekben a szülők kapcsolati rendszere veszélyes is lehet a gyermekek biztonsága

szempontjából, például, ha a szülők hasonlóan bántalmazó magatartású, vagy kockázati viselkedésekkel jellemezhető társakhoz kapcsolódnak (Freisthler, Holmes & Wolf, 2014). Vannak esetek, amikor a kapcsolatok maguk válnak a családra nehezedő stressz forrásaivá, például, amikor a családnak konfliktusai vannak a tágabb családdal, vagy amikor veszélyes lakókörnyezetben élnek (Thompson, 2015).

A társadalom kulturális sajátosságai

A kultúra, mint egy embercsoport által osztott hiedelmek összessége, nagy mértékben befolyásolja a gyermekbántalmazás megítélését (Wadji és mtsai, 2023). A különböző társadalmakban nagyok a különbségek az elvárt szülői viselkedéssel kapcsolatban, ami maga után vonja, hogy a bántalmazásként értelmezett szülői bánásmód is változik. Az, hogy egy társadalomban a médiában promovált gyermek- és szülőkép milyen jellemzőket mutat (például, hogy a gyermekeket ártatlan, kiszolgáltatott lényekként, vagy saját sorsukat aktívan formáló személyekként ábrázolják, a szülői érzékenység vagy az autoritás fontosságát hangsúlyozzák), az egyén biztonságának tulajdonítanak nagyobb értéket vagy a családnak, amelynek belső szentélyébe külső személyeknek nincs joguk beavatkozni, mind olyan tényezők, amelyek nagyban befolyásolják azt, hogy milyen viselkedéseket tekintenek bántalmazónak, és a bántalmazás gyakoriságát (McCoy & Keen, 2022; Wadji és mtsai, 2023). Egy interkulturális kutatás eredményei szerint azokban a társadalmakban, ahol a gyermek szükségleteinek az elhanyagolásával szembeni tolerancia nagyobb volt, gyakoribb volt az elhanyagolás, ahogy a gyermekeknek szexuális lényekként való felfogása növelte az előforduló szexuális bántalmazás gyakoriságát (Wadji és mtsai, 2023).

A gyermekbántalmazás szempontjából védő tényezők

A védő tényezők vonatkozásában a kutatások jelentős része elsősorban a bántalmazás hatásaira illetve a reziliencia szempontjából szerepet játszó védő tényezőkre fókuszál, kevésbé a gyermek humán ökológia rendszerének azon sajátosságaira, amelyek a rossz bánásmód megjelenésének esélyét

csökkentik (Austin, Lesak & Shanahan, 2020). Egy 68 cikket felölelő metaanalízis, mely az 1980 és 2018 között megjelent, gyermekbántalmazás kockázati és védő tényezőire fókuszáló cikkeket választotta ki, azt találta, hogy a szakirodalomban azonosított védő tényezők száma kisebb, mint a kockázati tényezőké (Younas & Gutman, 2023).

Interperszonális szintű védő tényezők: stabil, gondoskodó kapcsolatok

A kutatásokban a legkonzisztensebb eredmények a szociális kapcsolatok gyermekbántalmazás esélyét csökkentő hatására vonatkoznak (Younas & Gutman, 2023). A családon belüli stabilan érzékeny és gondoskodó kapcsolatok – különösen a szülő partnere részéről - csökkentik annak az esélyét, hogy a gyermekkorukban bántalmazott szülők saját gyermekeiket bántalmazzák (Schofield, Lee & Merrick, 2013). A tágabb család és a családon kívüli támogató kapcsolatok jelenléte (például barátok) is igazoltan csökkenti a gyermekek elleni rossz bánásmód előfordulásának esélyét (Price-Wolf, 2015), és a kockázati és védő tényezők bonyolult egymásra hatását húzza alá az a tény, hogy az alacsonyabban iskolázott anyák esetében is csökkentette a bántalmazás esélyét az elérhető társas támogatás (Li, Godinet & Arnsberger, 2011). A gyermek gondozója által elérhető támogató kapcsolatoknak nem csak az érzelmi, hanem a gyakorlati vonatkozásai, például a gyermek gondozásában elérhető instrumentális támogatás is védő hatást fejt ki a bántalmazásra vonatkozóan (Younas & Gutman, 2023).

Közösségi szintű védő tényezők

A közösségben elérhető szociális szolgáltatások csökkentik bizonyos bántalmazásformák előfordulásának az esélyét (Austin, Lesak & Shanahan, 2020). Azokban a közösségekben, ahol elérhetőek az illető közösség összetett szükségleteire választ adó szolgáltatások (lakhatás, mentálhigiénás programok, sajátos nevelési igényű gyermekeknek nyújtott szolgáltatások, szerfüggőségeket kezelő központok, serdülőkori terhességek megelőzésére illetve serdülő szülők számára támogatást nyújtó szolgáltatások, óvodáskorú gyermekek számára létrehozott oktató-nevelő programok) kisebb a gyermekvédelmi szolgálathoz érkező bántalmazásra vonatkozó

jelzések száma (Austin, Lesak & Shanahan, 2020). A közösségben tapasztalható kohézió, a közösségi kontroll és az intergenerációs közelség (nem csak a gyerekek, hanem a szüleik is kapcsolatban állnak egymással) együtt jár a fizikai bántalmazás ritkább előfordulásával (Freisthler & Maguire-Jack, 2015).

Társadalmi védő tényezők

Egy bizonyos országra jellemző szociálpolitikai intézkedések, amelyek a családok terheit csökkentik, például fizetett gyermekgondozási szabadság, adókedvezmények, megélhetést biztosító minimálbér, vagy az egyenlő hozzáférést biztosító jóléti szolgáltatások csökkentik a gyermekek elleni agresszió megjelenésének az esélyét (Austin, Lesak & Shanahan; 2020 Younas & Gutman, 2023).

A gyermekbántalmazás okainak ökológiai-tranzakcionális modellje alapján kirajzolódik az a bonyolult, különböző szinteken ható tényezők interakciója által befolyásolt folyamat, amelynek eredményeképpen valaki bántalmazza a gyermekét. A felsorolt kockázati tényezők közül önmagában egyik sem okozója a gyermekek elleni rossz bánásmódnak, de a kockázati tényezők kumulatív hatást fejtenek ki (Brown, Cohen, Johnson & Salzinger, 1998; McGoron, Riley & Scaramella, 2020). Brown és mtsai (1998) azt találták, hogy azoknak a gyerekeknek, akiknél nem voltak jelen kockázati tényezők, 3%-a vált bántalmazás áldozatává, míg azok, akiknél legalább négy kockázati tényező jelen volt, 24%-a szenvedett valamilyen bántalmazási formát. A szülők viselkedését vizsgálva, Thornberry, Matsuda, Greenman és mtsai. (2014) hasonló eredményekhez jutottak: azok a gyermekkorukban bántalmazott felnőttek, akiknél nem voltak jelen a fent felsorolt kockázati tényezők, az esetek 3%-ban váltak saját gyerekeik bántalmazóivá, szemben a 45%-kal azok esetében, akiknél kilenc kockázati tényező kimutatható volt.

A kockázati és védő tényezők meghatározzák a prevenció és intervenció tevékenységek fókuszát, amelyek az előbbiek csökkentésére vagy az utóbbiak erősítésére irányulhatnak.

Irodalomjegyzék

- Aber, J.L., Allen, J.P., Carlson, V., Cicchetti, D. (1989). The effects of maltreatment on developing during early childhood. In: D. Cicchetti, V. Carlson (Eds.) *Child maltreatment*. USA: Cambridge University Press pp. 579–619.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, M. D. S. (1982). *Attachment: retrospect and prospect* In: C.M. Parkes & J. Stevenson Hinde (Eds.). *The place of attachment in human behavior*, New York: Basic Books.
- Antal, I., Roth, M, Mezei, E., Dávid-Kacsó, A., Voicu, C., Szász, R. (2012). The Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect (BECAN) in Romania, *Revista de Asistentă Socială [Social Work Review]*, Nr. 2, p. 51-64.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment. An ecological integration. *American Psychologist*, no 4. pp.320- 335.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*, Geneva: WHO.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment. Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Bronfenbrenner, U. (1979a). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological Models of Human Development. In *International Encyclopedia of Education*. Oxford: Elsevier. 37-43.
- Calheiros M.M., Garrido M.V., Ferreira M.B., Duarte C. (2020). Laypeople's decision-making in reporting child maltreatment: Child and family characteristics as a source of bias. *Psychology of Violence*, 10 (6), pp. 638 – 647 DOI: 10.1037/vio0000342
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 56(1), 96–118.
- Cicchetti, D., & Doyle, C. (2016). Child maltreatment, attachment and psychopathology: mediating relations. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(2), 89–90. <https://doi.org/10.1002/wps.20337>
- Conron K.J, Beardslee W, Koenen K.,C, Buka S.,L, Gortmaker S.L. (2009). A Longitudinal Study of Maternal Depression and Child Maltreatment in a National Sample of Families Investigated by Child Protective Services. *Arch Pediatr Adolesc Med*.163(10):922–930. doi:10.1001/archpediatrics.2009.176

- Crittenden, P., & Ainsworth, M. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect* (pp. 432-463). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cramer, P., & Kelly, F. D. (2010). Attachment style and defense mechanisms in parents who abuse their children. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(9), 619–627. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181ef3ee1>
- Dávid-Kacsó, Á., Antal, I.(2012). A fizikai erőszak fegyelmezési célból való alkalmazásának nemi sajátosságai a romániai családokban. *Erdélyi Társadalom* X(2).9-27.
- Dixon, L., Perkins, D., Hamilton-Giachritsis, C., Craig, L. (2017). *The Wiley Handbook of What Works in Child Maltreatment* (1st ed.). Wiley-Blackwell. <https://www.perlego.com/book/990939>
- Dixon, L., Browne, K.D. & Hamilton-Giachritsis, C.E. (2005). Risk factors of parents' abused as children: A mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 47–57.
- Doidge, J. C., Higgins, D. J., Delfabbro, P., & Segal, L. (2017). Risk factors for child maltreatment in an Australian population-based birth cohort. *Child abuse & neglect*, 64, 47–60. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.002>
- Dubowitz, H., Kim, J., Black, M. M., Weisbart, C., Semiatin, J., & Magder, L. S. (2011). Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse and Neglect*, 35, 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.09.003>
- Dufour, S., Lavergne, C., Larrivee, M-C., & Trocme, N. (2007). Who are these parents involved in child neglect? A differential analysis by parent gender and family structure. *Children and Youth Services Review*, 30, 141–156.
- Egeland, B., Jacobovitz, D. (1984). *Intergenerational continuity of parental abuse: causes and consequences*. Presented at the Conference on Biosocial Perspectives in Abuse and Neglect. York. Maine.
- Fontana, V. (1973). *Somewhere a Child is Crying. Maltreatment Causes and Prevention*. New York: Macmillan
- Freisthler, B., Holmes, M. R., Wolf, J. P. (2014). The dark side of social support: understanding the role of social support, drinking behaviors and alcohol outlets for child physical abuse. *Child abuse & neglect*, 38(6), 1106–1119. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.03.011>

- Garbarino, J. (1976). A preliminary study of some ecological correlates of child abuse: The impact of socioeconomic stress on mothers. *Child Development*, **47**, 178–185.
- Gelles, R. J. (1992). Poverty and violence toward children. *American Behavioral Scientist*, **35**, 258–274.
- George, C. & Solomon, J. (2008). The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. In: J. Cassidy & P.R. Shaver (eds), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 2nd edn. New York: Guilford Press, 833–856.
- Gracia E., López-Quílez A., Marco M., Lila M. (2017). Mapping child maltreatment risk: A 12-year spatio-temporal analysis of neighborhood influences. *International Journal of Health Geographics*, **16** (1).DOI: 10.1186/s12942-017-0111-y
- Hamilton-Giachritsis, C., Pellai, A. (2017). Child Abuse and Neglect: Ecological Perspectives, in: Dixon, L., Perkins, D., Hamilton-Giachritsis, C., Craig, L. (eds). *The Wiley Handbook of What Works in Child Maltreatment* (1st ed., pp 29-44.). Wiley-Blackwell. <https://www.perlego.com/book/990939>
- Hátori, E. (2013). *Kötődélmélet régen és ma. Koncepciók, kutatás, módszerek és klinikai vonatkozások Bowlbytól napjainkig. Egyetemi jegyzet.* Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar.
- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of American Psychoanalytical Association*, **48**, 1097–1127.
- Hill, M., Aldgate, J. (1996). The Children Act 1989 and recent developments in research in England and Wales. In: M. Hill, J. Aldgate (Eds.) *Child Welfare Services*. London: Jessica Kingley Publishers.
- Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Moylan, C. A. (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence, and Abuse*, **9**(2), 84–99.
- Hunter, C., Price-Roberson, R. (2012). Family structure and child maltreatment: Do some family types place children at greater risk? *Child Family Community Australia*. 1-12.
- Kaufman, J., Zigler, E. (1989). The intergenerational transmission of child abuse. In: D. Cicchetti, V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment*. USA: Cambridge University Press, pp.129–152.
- Kempe, C.H. (1985). The battered child syndrome. In: *Child abuse and neglect*, **9**, pp.143–154.

- Kempe, C. H., Silverman, F.N., Steele, B.F., Dregemuller, W., & Silver, H.K. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the Medical Association*, 18(1), 17–24.
- Kempe, R.S., Kempe C.H. (1978). *Child abuse*. London: Fontana/Open books
- Killén, K. (2003). Copilăria durează generații la rând. First Kiadó, Temesvár
- Kim, J., Chung, Y., & Ahn, H. (2023). Poverty and child maltreatment: a systematic review. *Journal of Public Child Welfare*, 18(4), 882–914. <https://doi.org/10.1080/15548732.2023.2264819>
- Kim H, & Drake B (2018). Child maltreatment risk as a function of poverty and race/ethnicity in the USA. *International Journal of Epidemiology*, 47(3), 780–787
- Li, F., Godinet, M. T., Arnsberger, P. (2011). Protective factors among families with children at risk of maltreatment: Follow up to early school years. *Children and Youth Services Review*, 33(1), 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.08.026>
- Lovejoy M.,C, Graczyk P.,A, O'Hare E, Neuman G. (2000).Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 20(5):561–592. doi: 10.1016/s0272-7358(98)00100-7. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7).
- Luken, A., Nair, R., Fix, R. L. (2021). On Racial Disparities in Child Abuse Reports: Exploratory Mapping the 2018 NCANDS. *Child maltreatment*, 26(3), 267–281. <https://doi.org/10.1177/10775595211001926>
- Lyons-Ruth, K., Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: J. Cassidy & P.R. Shaver (eds), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 2nd edn. New York: Guilford Press, 666–697.
- Maclean, M. J., Sims, S., Bower, C., Leonard, H., Stanley, F. J., & O'Donnell, M. (2017). Maltreatment Risk Among Children With Disabilities. *Pediatrics*, 139(4), e20161817. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1817>.
- Madigan, S., Wade, M., Plamondon, A., & Jenkins, J. (2015). Maternal abuse history, postpartum depression, and parenting: links with preschoolers' internalizing problems. *Infant mental health journal*, 36(2), 146–155. <https://doi.org/10.1002/imhj.21496>
- Main, M., Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened/frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161–182). Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Main, M., Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation, In: M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, Chicago: University of Chicago Press, 121–160.
- Makhlouf, F. & Rambaud, C. (2014). Child homicide and neglect in France: 1991–2008. *Child Abuse & Neglect*, 38, 37–41.
- Maternowska, M. C. és Fry, D. (2015) *Understanding the Drivers of Violence: A step-by-step guide to conducting preliminary research around what drives violence*. Florence, Italy: UNICEF Office of Research-Innocenti (v.1). https://www.unicef-irc.org/research/pdf/440-TOOLKITstep-by-step_28Sept2016_OK.pdf, letöltve Május 27, 2018.
- Martins, P., C., Dias Matos, C., Sani, A., I. (2023). Parental stress and risk of child abuse: The role of socioeconomic status. *Children and Youth Services Review* 148, <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.106879>.
- McCoy, M., Keen, S. (2022). *Child Abuse and Neglect* (3rd ed.). Routledge. <https://www.perlego.com/book/3291282>
- McGoron, L., Riley, M. R., Scaramella, L. V. (2020). Cumulative socio-contextual risk and child abuse potential in parents of young children: Can social support buffer the impact?. *Child & family social work*, 25(4), 865–874. <https://doi.org/10.1111/cfs.12771>
- Molnar B.E., Goerge R.M., Gilsanz P., Hill A., Subramanian S.V., Holton J.K., Duncan D.T., Beatriz E.D., Beardslee W.R. (2016). Neighborhood-level social processes and substantiated cases of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 51, pp. 41 – 53. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.11.007
- Monahan, E., K. (2020). Income instability and child maltreatment: Exploring associations and mechanisms. *Children and Youth Services Review*, 108, <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104596>.
- Morelen, D., Rosenblum, K., L., Muzik, M. (2018). Childhood Maltreatment and Motherhood: Implications for Maternal Well-Being and Mothering. In Muzik, M., Rosenblum, K.L.(eds). *Motherhood in the Face of Trauma. Pathways Towards Healing and Growth*. (pp.23-399. Springer International Publishing AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-65724-0>.
- Pinheiro P. S. (2006). *World Report on Violence against Children*. United Nations: Geneva, CH. <http://www.unviolencestudy.org/>, accessed 14.4.2015
- Raman, S., & Hodes, D. (2012). Cultural issues in child maltreatment. *Journal of paediatrics and child health*, 48(1), 30–37. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2011.02184.x>

- Rees S, Thorpe R, Tol W, Fonseca M, Silove D. (2015). Testing a cycle of family violence model in conflict-affected, low-income countries: a qualitative study from TimorLeste. *Soc Sci Med*; 130: 284–91.
- Rost, K., Ziegenhain, U., Fegert, J.M., Bichheim, A., Kohler-Dauner, F. (2024). Maternal insecure attachment representation as a long-term risk factor for disrupted mother–child interaction and child mental health. *BMC Psychology* 12(385), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01874-8>
- Roth-Szamoskozi, M.(2005) .Copii si femei victime ale violentei, Cluj:Ed. Presa Univeristara Clujeana
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms, In: *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, pp.316–33. 94
- Scarcella, C.A., Bess, R., Zielewski, R.H. & Green, R. (2006). The Cost of Protecting Vulnerable Children V: Understanding State Variation in Child Welfare Financing. Washington, DC: Urban Institute.
- Schofield, T. J., Lee, R. D., Merrick, M. T. (2013). Safe, stable, nurturing relationships as a moderator of intergenerational continuity of child maltreatment: a meta-analysis. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 53(4 Suppl), S32–S38. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.05.004>
- Sedlack, A. J., Schultz, D., Wells, S. J., Lyons, P., Doueck, H. J., & Gragg, F. (2006). Child protection and justice systems processing of serious child abuse and neglect cases. *Child Abuse and Neglect*, 30, 657–677
- Schuck, A.M. (2005), Explaining Black-White Disparity in Maltreatment: Poverty, Female-Headed Families, and Urbanization. *Journal of Marriage and Family*, 67: 543-551. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2005.00152.x>
- Sidebotham, P., Heron, J., & The ALSPAC Study Team University of Bristol. (2006). Child maltreatment in the “children of the nineties”: A cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 30, 497–522.
- Stalker, K., Taylor, J., Fry, D., & Stewart, A. (2015). A Study of Disabled Children and Child Protection in Scotland - a hidden group? *Children and Youth Services Review*, 56, 126–134.
- Steele, B.F., Pollock, C.B. (1974). A psychiatric study of parents who abuse infants and small children. In: R.E. Helfer & C.H. Kempe (Eds.) *The battered child* (pp. 89–133) Chicago: University of Chicago Press.
- Thoburn, J. (1997). The community child care team. In: M. Davies (Ed.), *The Blackwell companion to Social Work*, Oxford: Blackwell, pp.290–296.

- Thompson,R., A.(2015).Social support and child protection: Lessons learned and learning. *Child Abuse & Neglect*, 41. 19-29. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.06.011>
- Thornberry, T.P., Matsuda, M., Greenman, S.J. et al. (2014). Adolescent risk factors for child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 38, 706–722.
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225–249.
- van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., Prinzie, P., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Elevated risk of child maltreatment in families with stepparents but not with adoptive parents. *Child maltreatment*, 14(4), 369–375. <https://doi.org/10.1177/1077559509342125>
- Wadji, D., L., Oe, M., Cheng, P., Bartoli,E., Martin-Soelch, C., Pfaltz, M., C., Langevin,R. (2023). Associations between experiences of childhood maltreatment and perceived acceptability of child maltreatment: A cross-cultural and exploratory study. *Child Abuse & Neglect*,143. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106270>
- Whitt-Woosley, A., Sprang, G., & Gustman, D. (2014). Lives at risk: Uncovering factors associated with fatal child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 47, 307–313. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.10.007>
- Widom, C.S., Czaja, S.J. & DuMont, K.A. (2015). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Real or detection bias? *Science*, 347, 1480–1485.
- Zhang,L., Nepomnyaschy,L., Simmel,C. (2022). So close yet so different: Neighborhood inequality and child maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 130(4), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104988>.

8.

A GYERMEKET ÉRT ROSSZ BÁNÁSMÓD FELMÉRÉSE

Roth Mária, Antal Imola, László Éva

A helyzet felmérésének dilemmái

A gyerekek érdekeit szem előtt tartó intézkedések megtervezése az eset szempontjából jelentőséggel bíró tényezők azonosításával kezdődik. A segítség milyensége az elvégzett felmérés minőségétől függ. Ahhoz, hogy megtervezhessünk egy hosszú távú beavatkozást a gyermek helyzetének javítása érdekében, alaposan fel kell mérnünk egyrészt azokat a tényezőket, melyek a bántalmazásra utalhatnak (kockázati tényezők), másrészt pedig azokat, amelyek jelentősek lehetnek a gyermek védelmére hozott intézkedésekben (védő tényezők).

A gyermekvédelmi szakemberek a felmérés során első lépésben arra a kérdésre próbálnak választ adni, hogy a gyermek fizikailag és érzelmileg biztonságban van-e, illetve, hogy veszélyes-e annyira a helyzet, hogy szükség lenne sürgősségi beavatkozásra (Zeanah és Humphreys, 2018). A gyermek megfelelő gondozásának előírásai a gyermek környezetének biztonságára vonatkoznak. Ha a gyermekgondozás minőségét egy tengelyen ábrázolnánk, a biztonság ellentétes pólusán a rossz bánásmód kockázata helyezkedne el, amely a gyermek fizikai, pszichikai fejlődésének, vagy éppen életének veszélyeztetésében ölthet testet. Minden olyan esetben,

amelyben a felelőtlen bánásmód kérdése felmerül, a szakember, akinek feladata, hogy a beavatkozásról döntsön, nem kerülheti meg azokat a dilemmákat, amelyek a szerző szerint e terület jellegzetességei:

- Veszélyes-e annyira a gyermek helyzete, hogy szükség legyen a saját környezetéből való eltávolítására?
- Mekkora annak a valószínűsége, hogy a rossz bánásmód megismétlődik, vagy csak egyedi, véletlenszerű esetről van szó?
- Valóban annyira súlyos a helyzet, mint ahogyan azt a szociális munkás, pszichológus vagy jogász látja, vagy a szülő és a szakember nézőpontja közötti különbség miatt tűnik súlyosnak? Milyen mértékben fogadhatja el a szakember a saját következtetései, illetve a gyermek gondozójának értékei közötti eltéréseket, illetve a gyermek biztonsága szempontjából milyen mértékig fogadhatóak el ezek a különbségek?
- A beavatkozás esetén felajánlott lehetőségek valóban kiválóbbak-e a jelenlegi helyzethez?

Mindezek a dilemmák megnehezítik a gyermekvédelemmel megbízott szakembernek döntéshozatali tevékenységét és megemelik a tévedés esélyét.

Killén (1998) szerint a beavatkozás sikeressége a családdal való kapcsolattól és a szakembernek a bántalmazás/elhanyagolás hátterében meghúzódó rejtett összefüggésekre vonatkozó hipotéziseitől függ. A szakembernek – akinek elsődleges célja a gyermek jólétének biztosítása – feladata nehéz és ellentmondásos. „Mindaddig, amíg a gyermek nincs égetően veszélyes helyzetben fontos a szülőkkel olyan kapcsolatot kialakítani és fenntartani, melyben a szülők megfelelő biztonságban érzik magukat ahhoz, hogy a gyermekről, önmagukról és a helyzetükről beszéljenek.” (Killén, 1998, 224.) A felmérés már az első lépéseknél megköveteli a próbálkozást a családdal való együttműködésre, abból a célból, hogy a kezdeti találkozásokkor kialakított kapcsolat alapul szolgálhasson a későbbi beavatkozáshoz.

A szakember a gyermek helyzetének részletes kivizsgálásakor kapott információkat rögzíti, ez az informatív anyag végigköveti a gyermek útját a gyermekvédelmi rendszer keretében. Az információkat a szakember a gyermekkel, illetve a családtagokkal való ismételt találkozások során gyűjti össze. A felmérés eredményei alapul szolgálnak a hatóságok (bíróság, gyermekvédelmi bizottság) számára a legmegfelelőbb biztonsági intézkedések elrendeléséhez a gyermek védelme érdekében.

A felmérés általános alapelvei (Webb, 2019 nyomán):

- A gyerekről és családról összegyűjtött információk bizalmasak, és ennek megfelelően kell kezelni őket.
- A felmérés egy szisztematikus és céltudatos folyamat, mely adott időszakban zajlik, így nem rendelkezik végleges jelleggel és nem ér véget az esetre vonatkozó összefoglaló jelentés megírásával. Azoknak a gyermekeknek a helyzetét, akik adott pillanatban nehézségekkel küzdenek, rendszeresen újra kell értékelni.
- Az adatgyűjtés kezdeti szakaszában (elődleges felmérés) felmerülő sürgető szükségleteket kezelni kell, még akkor is, ha a felmérési folyamat még zajlik, nincs teljesen átfogó képünk a gyermek és család helyzetéről. A felmérés és beavatkozás, így jellemzően egyidőben történik.
- A felmérés a gyermek szükségleteinek összességére vonatkozik. A fizikai és az egészségre vonatkozó szükségleteket, valamint a gondoskodásra, nevelésre stb. vonatkozó szociális szükségleteket mindig a gyermek fejlődési szintjének, illetve a haladás lehetőségének szempontjából kell vizsgálni.
- A szülői készségek és környezeti tényezők szempontjából fontos, hogy a felmérést végző szakemberek képet alkossanak úgy a kockázati, mint a védő tényezőkről.
- A felmérés komplex folyamat, melyben az adott helyzet jellegzetességeinek függvényében különböző szakemberek vehetnek részt.
- Fontos az érthető nyelvezet, a jól meghatározott fogalmak használata, ami megkönnyíti az együttműködést azokkal, akik a gyermeket támogatják, fejlődését figyelemmel követik.

A kezdeti és részletes kivizsgálás

Az Országos Gyermekvédelmi Hatóság (ANPCA – Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului și Adoptție) követelményei alapján a problémával szembesülő gyermek dossziéjának a következő összetevők vizsgálatát kell magában foglalnia:

1. A gyermekvédelmi intézkedés szükségességére vonatkozó észrevételek vagy kérések nyilvántartását. Ez tartalmazza a problémát

észlelő személyről szóló információkat, a kérelmezés motivációját, illetve a gyermekről szerzett adatokat.

2. A gyermek helyzetének részletes vizsgálatát. Ez a Megyei Szociális Munka és Gyermekvédelmi Igazgatóság (DGASPC – Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului) szakemberei által végzett felmérések eredményeire vonatkozik, és a következő adatokat foglalja magában:

- a) a gyermek jogi helyzete;
- b) a gyermek életkörnyezete, családi környezete;
- c) a gyermek egészségi állapota;
- d) a gyermek iskolai teljesítménye;
- e) a gyermek személyisége.

3. Az előbbi fejezetekbe foglalt információk szintézisét, kiemelve az észlelt problémákat és erőforrásokat, valamint az ajánlásokat (pszichoszociális jelentés)

4. A védelmi intézkedést elrendelő határozatot.

5. Egy kivonatot az információkról, melyet bevezetnek egy számítógépes adatbázisba.

A hatékony felmérés:

- gyermekközpontú
- a gyermek fejlődésére alapozott
- ökológiai megközelítésű
- gyermekekkel és családokkal való munkát feltételez
- egy hosszútávú folyamat és nem egy egyszeri esemény
- bizonyíték-alapú tudásra épített
- intézményközi megközelítésű mind a kivizsgálás folyamatában, mind a szolgáltatásokkal való ellátásban
- más intézkedésekkel és szolgáltatásokkal párhuzamosan zajlik
- erősségekre épített és ugyanakkor feltérképezi a nehézségeket
- egyenlő esélyeket biztosít

Készült Flynn, Starns (2004, 85. o.) alapján

A meg nem felelő bánásmódban részesülő gyermekek eseteinek kivizsgálásával foglalkozó szakemberek munkájának megkönnyítésére, a következőkben néhány támpontot mutatunk be a gyermekvédelmi törvény alapján (272 /2004-es törvény aktuális változata):

a. Jelentés/jelzés (mely magától a gyermektől vagy más személytől származik) esetén minden adatot pontosan le kell jegyezni, főként

azokat, amelyek a gyermek elleni fizikai, érzelmi vagy szexuális bántalmazás vagy elhanyagolás gyanúját keltik. Az a személy, aki jelenti a gyerek elleni rossz bánásmódot, jó, ha példákkal támasztja alá észrevételeit. Ha az illető jól ismeri a gyerek helyzetét, fogunk érdeklődni tőle a helyzet megoldásához kapcsolódó kérdésekről, arról, hogy ő milyen megoldást lát, illetve az esetleges korábbi próbálkozásokról.

A 272/2004-es törvény alapján a bántalmazás, elhanyagolás *jelzése* a hivatalos szervekhez (gyermekvédelmi igazgatóságok, szociális osztályok) minden szakember kötelessége. Annak a személynek, aki a bejelentést teszi, nem kell bizonyítékokkal rendelkeznie, ha arra gyanakszik pl. bizonyos tünetek és jelek alapján, hogy a gyerek veszélyben van. A hivatalos szerveknek bármilyen jelentést ki kell vizsgálniuk, és intézkedniük kell a gyerek biztonsága érdekében.

A gyermek bántalmazásával kapcsolatosan felmerült gyanú bejelentésének elmulasztása a 272/2004-es, annak módosított változata értelmében szabálysértésnek minősül és akár pénzbírsággal is büntethető. A szexuális bántalmazás jelentésének elmulasztása bűncselekménynek minősül (az érvényes Büntető Törvénykönyv alapján)

A titoktartással kapcsolatos irányelvek

A bántalmazott gyermekekkel foglalkozó intézmények szabályzatának tartalmaznia kell a következő információkat:

- hogyan kell biztonságosan rögzíteni és tárolni a bizalmas információkat
- hogyan kell szakemberek között kezelni a bizalmas információkat
- kitől lehet további támogatást kérni, ha egy bántalmazott gyereknek segítségre van szüksége (intézményközi, multidiszciplináris csapat kapcsolati személyei)
- ki férhet hozzá bizalmas információkhoz
- a titoktartással, illetve ennek határaival kapcsolatos jogi és etikai kötelezettségek
- mikor és mit kell tenni, ha egy szakember eltekint a titoktartás elve által megkövetelt szabályoktól
- a titoktartás szükségességére emlékeztető mechanizmusok, melyekkel a pletyka és a szóbeszéd megállítható (pl. az érzelmi ventiláció lehetőségének biztosítása, szakmai keretek között- intervízió, szupervízió)

(Flynn és Starns, 2004, Varga, 2008, romániai 49/2013-as kormányhatározat)

Figyelembe véve az adatgyűjtés folyamatos jellegét, a kezdeti kivizsgálást a részletes, komplex kivizsgálás fogja követni.

a. A kezdeti kivizsgálás a következőket tartalmazza:

- az erőszak típusainak a leírását, amely a gyermekvédelemi szolgálat és/vagy a szakemberek aggodalmának okát képezi;
- a gyermek veszélyeztetettségi szintjének a felbecsülését (az életkorának és érettségének függvényében);
- információkat arról a személyről, akiről feltételezzük, hogy a gyermek ellen elkövette a bántalmazást/elhanyagolást;
- a szülők/gondozók élettörténetére vonatkozó információkat, valamint a ezeknek a gyermekkel szembeni magatartását.

A szakember már ebben a szakaszban erős érzelmi kitörésekkel szembesülhet. Éppen ezért – már a kezdeti fázisban – ajánlatos, hogy legyen türelmes hallgató, maradjon nyugodt, de éberén figyeljen, és ne vonjon le elsietett következtetéseket. Ebben a kezdeti szakaszban még nem szükséges a szülőket szembesíteni, hanem semleges magatartást kell felölteni, a helyzetet nem szabad elítélni, inkább az empátiára kell törekedni, illetve arra, hogy megértsük azokat a körülményeket, amelyek a nem megfelelő bánásmódhoz vezettek.

A bejelentést követő 72 órában (Az OGYH 288/2006-os rendelkezése a gyermekvédelmi esetek kezelésével kapcsolatban alapján) az esetkezelő szakembernek kötelessége a *kezdeti kivizsgálást* elvégezni, amelynek nyomán eldönti, hogy mennyire veszélyes a helyzet és hogy szükség van-e sürgősségi beavatkozásra, valamint, hogy folytatódjék-e a kivizsgálás vagy az eset más típusú szolgáltatók beavatkozását igényli. Az esetfelelős szakembert a gyermekvédelmi igazgatóság nevezi ki. Általában, egy erre eléggé képzett szociális munkást jelölnek ki, de lehet más olyan segítő foglalkozású szakember is, aki megfelelő tapasztalattal rendelkezik a gyermekvédelem területén.

A kezdeti felmérést követően az erőforrások, valamint a kockázati tényezők figyelembevételével (lásd a 1-es és 2-es táblázatot) azonosítható a veszélyeztetettség szintje (súlyos, közepes, alacsony). Ahogy az előző fejezetekben bemutattuk, a különböző tényezők, amelyek a gyerekek elleni rossz bánásmódban szerepet játszanak, egymással kölcsönhatásban vannak.

1. táblázat. A veszélyeztetettség szintjeinek gyermekkel kapcsolatos tényezői

A gyermekkel kapcsolatos tényezők		
Alacsony veszélyeztetettség	Közepes	Magas
Fizikai sérülés Alkalomszerű zúzódások, sebek megjelenése a test olyan részein, ahol kevés a valószínűsége annak, hogy a gyermek magát megütötte.	Csecsemőn megjelenő sebek, zúzódások. Gyakori zúzódások a test szokatlan részein, ahol nem megszokott a gyermek életkorát figyelembe véve A szülők magyarázata elégtelen vagy nem létezik.	Súlyos zúzódások, nagy helyen elterülő vagy sokszoros sérülések a gyermek testén. Égési sebek. Gyakori csonttörések.
Elhanyagolás Úgy tűnik, hogy a gyerek testsúlya nem gyarapodik, a mozgás fejlődése stagnál. Nincs az évszaknak megfelelően öltöztetve vagy a ruhája nem mindig tiszta. A csecsemő pelenkája alatt gyakran jelennek meg kiütések.	Nem éri el az elvárt fejlődési szintet, pl. más gyermekekhez képest elmaradt a mozgásban vagy a beszédkésztségben. A ruhái rendszeresen piszkosak. Vizelet és széklet visszatartási problémák iskolás korban.	Több téren nem éri el az életkorának megfelelő fejlődési szintet (magasság, súly, mozgás, beszéd stb.). Gúnyolják a kortársai, visszafogott, nem játszik másokkal. Elveszi az ételt a többi gyermektől, mert éhes.
Érzelmi bántalmazás Negatív az énképe, kritikus önmagával, túl sok vagy túl kevés felelősséget vállal. Gyakran vállal felnőtt szerepeket. Átlépi a határokat.	A gyermek viselkedése figyelemfelkeltő, figyelemkereső, fárasztó vagy magányos, visszahúzódó.	Nehezen kezelhető, viselkedése változó, ami nem csupán átmeneti. Agresszív másokkal. Szegényesen szocializált vagy izolált. Nem fejez ki érzelmeket, gyakran lefagy.
Szexuális bántalmazás Életkorának nem megfelelő ismeretei vannak a szexualitásról.	Szexualizált viselkedést mutat más gyerekekkel szemben.	Úgy tűnik, hogy a gyermeknek ismeretei vannak a felnőttek szexuális viselkedéséről és szexualizált viselkedést mutat a felnőttekkel és gyerekekkel szemben.

2. táblázat. A veszélyeztetettség szintjeinek szülőkkel kapcsolatos tényezői

Szülői tényezők		
Alacsony kockázat	Közepes	Magas
A szülő kezelés alatt levő alkoholfogyasztó. Egyedi, izolált családon belüli erőszak előfordulása. Értelmileg enyhe mértékben akadályozott szülők, akik segítséget kapnak. Mentális betegségben szenvedő, de gyógyszeres kezelés alatt álló és támogató kapcsolatokkal rendelkező szülők. Szegényes szülői tapasztalatok. Korlátozott számú támogató kapcsolattal rendelkező szülők.	A szülő alkoholfogyasztó és nincs kezelés alatt. Több mint egy feljelentés családon belüli erőszakért vagy komoly incidensek miatt. Értelmileg akadályozott szülők, akik nem kapnak támogatást. Gyermekekori elhanyagolás vagy bántalmazás tapasztalatok. Szociálisan elszigetelt vagy szociális támasz hiánya.	Ingadozó, kaotikus alkoholfogyasztás. Drogfogyasztásra utaló jelek. Komoly anyagi gondok. Rendszeres partnerbántalmazás. A szülők részesültek támogatásban, de a gyermek iránti gondoskodásuk rosszabbodik. Elhanyagolás/szegényes szülői élmények a gyermekkorban. Szociálisan izolált/szociális támasz hiánya/erősen konfliktusos családi viszonyok.
Élettér		
Alacsony veszély	Közepes	Magas
A lakás nem megfelelő annyi személynek ahányan laknak benne. A lakás gyakran rendetlen, nem sikerül tisztán tartani.	A lakás rendetlen. Ritkán van étel a hűtőszekrényben. Nincs elég fekvőhely és nincs meleg víz. Nincs megfelelő fűtés.	Toxikus élettér (pl. szemétdomb szomszédsága). Nincs étel, a lakást nem sikerül rendben tartani, nincs struktúra. Nincs ivóvíz, víz tisztálkodáshoz, villany. Nincs tűzifa télen.

Példa közepes veszélyeztetettségre

József 15 éves. Apja az utóbbi félévben többször és súlyosan bántalmazta fizikailag (pl. egy alkalommal megkötözte és nadrágszíjjal verte). A fiú egyedüli gyermek, anyja sokat dolgozó, 40 éves könyvelő, „nem szól bele” a férje és a gyermeke közti „viszályba”. Apja 43 éves elektromérnök, két éve munkanélküli (a munkahelye a cég csődbemenetelével szűnt meg).

A fizikai bántalmazások azután kezdődtek, hogy a fiú három napra elmenekült otthonról az apjával történt durva szóváltás után. A szülők hosszabb ideje elégedetlenek a gyermekük baráti körével, akik meggyőződésük szerint rossz hatással vannak Józsefre (pl. cigarettázik, romlottak az iskolai eredményei és hiányzik az

iskolából). József két nappal az utolsó fizikai bántalmazás eset után az iskolapszichológustól kért segítséget. A pszichológussal együtt mentek a gyermekvédelmi igazgatóság által működtetett tanácsadó központba. József azt mondta, hogy elsősorban félelmében kért segítséget. Úgy érzi, nincs sok vesztenivalója. Ha a dolgok így folytatódnak tovább, el kell szöknie otthonról. A szülők hajlandóak együttműködni a változás érdekében.

Példa magas veszélyeztetettségre

A 14 éves Mária helyzetére egy szomszédnő hívja fel a gyermekvédelmi igazgatóság figyelmét. Édesanyja 48 éves elárusítónő, alkoholfüggő; édesapja ismeretlen; testvére egy 26 éves alkalmi munkából élő, szintén alkoholfüggő, fiatal férfi. Mindhárman egyszobás lakásban laknak. A családban rendszeresek a Mária ellen irányuló fizikai bántalmazások, valamint az anya és fia közötti verekedések. Az anya 36 éves barátja kb. egy éve folytat szexuális kapcsolatot a lánnyal, az anya jóváhagyásával. A lány iskolai eredményei nagyon rosszak, az iskolából sokat hiányzik. Alkalmi szexuális kapcsolatokat létesít anyagi és egyéb javakért. Már többször is megpróbált kiszabadulni a családi környezetből, barátai családjánál húzódott meg, majd egy-két hetes távollét után hazament. Az első otthonról való hiányzás után sem anyja, sem a testvére nem kereste Máriát. Meg voltak győződve, hogy újra hazajön elvégre nincs ahova mennie.

A szociális munkás és a pszichológus megkeresésére az anya elismerte, hogy van gond. Mária iskolai hiányzásai, rossz teljesítménye és a fia alkoholproblémái miatt. A Mária és az ő élettársa közti viszonyt Mária édesanyja úgy tekinti, mint a lány és az élettárs közti jó viszony jelét. Igazából, „nem történik olyan nagy dolog” állítja.

A kezdeti kivizsgálást a komplex (részletes) kivizsgálás követi, amelyet részletesen ismertettünk a következő alponthan. Mind a kivizsgálásban, mind a beavatkozás további lépéseiben különböző szakemberekből álló csapat együttműködésére van szükség, melyet az esetkezelő irányít.

b. A részletes kivizsgálás a következőket tartalmazza:

Az alábbiakban bemutatásra kerülő keretrendszer az angol gyermekvédelmi vizsgálati modell (Framework of Assessment Children and Family in Need), amelynek a bevezetésével biztosítani célozták a bizonyíték és holisztikus szemléletet alapú gyermekjóléti felmérést és amely világszinten befolyással volt a gyermekjóléti szociális munka alakulására (Baginsky és mts., 2020).

E modell¹³ a következő területek alapos ismeretét feltételezi:

- a gyermek fejlődési szükségletei;
- a szülők, gondozók készségei melyekkel a gyermek szükségleteinek megfelelően tudnak reagálni;
- a tágabb család és a közösségi tényezők hatásai a szülői képességekre és a gyermekre.

Ez a három egymással szoros kapcsolatban levő rendszer vagy terület több, kisebb dimenzió mentén vizsgálható (lásd az alábbi ábrát) amelyek közötti interakciókat, egymásra kifejtett hatásukat a felmérések alatt nagy körültekintéssel vizsgáljuk. A végső célunk ezek hatásának és összhatásának megértése a gyermekre, illetve a gyermekre nézve a családban.

A gyermek szükségletei és erőforrásai- életkorának megfelelő szinthez képest:

Egészséggel kapcsolatos szükségletek (fizikai és mentális egészség)

Nevelési szükségletek: (kognitív jellemzők, ha lehet a születéstől kezdve: beszéd és gondolkodás, emlékezés és figyelem; könyvekhez, életkor specifikus játékokhoz való hozzáférése, beleértve nagyobb gyerekek esetén a számítógépet, internet használatát is; a siker és teljesítmény átélésének lehetőségei. Olyan felnőtt személyek jelenléte, akik támogatják, segítik a tevékenységeiben, aki figyelembe veszik a fejlődési sajátosságait és a sajátos igényeit). Óvodában, iskolában hogyan teljesít.

Érzelmi és viselkedésbeli fejlettség: életkorához viszonyított érzelmi és viselkedésbeli megnyilvánulások, (kiskorban elsősorban) a családtagok, kortársak, illetve a szocializáció szempontjából más személyek vagy csoportok fele.

Identitás: hogyan látja önmagát, mint egyént, hogyan értékeli a képességeit, milyen mértékben érzi elfogadva magát, mint egyedi, értékes személyt a családja, kortárscsoportja, környezete által, beleértve más kulturális vagy etnikai csoportokat is.

Családi és szociális kapcsolatok: empátiás készség a meghatározó személyek irányába, a gyermeknek a családtagokkal és más személyekkel

¹³ További információk itt (is) megtalálhatóak: https://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/15599/1/assessing_children_in_need_and_their_families_practice_guidance_2000.pdf

kialakított (stabil és szeretetteljes vagy instabil, esetleg ellenséges) kapcsolatainak jellemzője, testvérekkel való kapcsolatai, barátok; a család viszonyulása a gyermek kapcsolataihoz. Óvodában, iskolában milyen kapcsolatai vannak. Szakemberekkel való kapcsolatainak története.

Szociális reprezentáció a külsőségben, megjelenésben való megmutatkozás milyensége, benyomáskeltés- életkorához, neméhez, vallási, etnikai stb. hovatartozásához viszonyított öltözködési, tisztálkodási, higiéniai szokásai, valamint a szülők vagy gondozók ezirányú tanácsaival szembeni nyitottság.

Önmagáról való gondoskodás (önállósággal kapcsolatos gyakorlatias, érzelmi vagy kommunikációs készségek: étkezés, öltözködés, a családon kívüli helyzetekben való elboldogulás).

SZÜKSÉGHELYZETBEN LEVŐ CSALÁD ÉS GYERMEK FELMÉRÉSE



1.ábra. A gyermek jólétének rendszerszemléletű megközelítése
(Department of Health, Department for Education and Employment
and the Home Office, 2000, 92 old.)

A szülői készségek:

Az alapvető szükségletek kielégítése Alapvető fiziológiai szükségletek (étkezés, pihenés, ruházat, lakhatás, orvosi, fogorvosi ellátás stb.) biztosítása.

A biztonság kialakítása Biztonságos, erőszakmentes viszonyulás, biztonságos környezet kialakítása, beleértve az önmagára való ártalmas viselkedéseket is. Esetleges veszélyhelyzetben a gyermek fizikai és érzelmi védettségét elősegítő magatartás.

Érzelmi melegség A gyermek érzelmi igényeinek kielégítése, pozitív önértékelés kialakítása, pozitív kulturális és etnikai identitás kialakítása. Megfelelő testi közelség, simogatás. Szeretetet, elfogadás, dicséret, biztatás kifejezése (szavakban és gesztusokban).

Stimulálás A gyermek kognitív és szociális szükségletei kielégítésének lehetővé tétele és támogatása. Beleértve a játékot, a tanulást és a különböző életszakaszokra jellemző kihívásokkal való szembesülést.

Irányítás és a határok kijelölése Az érzelmek és viselkedés irányításának megtanítása: a szülő, mint modell megtanítja a gyermeket a határok kijelölésére, a feszültségekkel teli helyzetekben való megfelelő reagálásokat, mások érzéseinek figyelembevételét, a viselkedés kontrollját.

Stabilitás A gyermek fejlődése számára megfelelően stabil családi környezet biztosítása, a biztonságos érzelmi kötődés az elsődleges gondozóval/-kkal az optimális fejlődés érdekében: zavartalan érzelmi kötődés, ki- és beszámíthatóság a viselkedésben, a szülői hozzáállás megfelelő változása a gyermek fejlődési folyamatainak megfelelően. Mindezek mellett, ide tartozik a más fontos személyekkel (családtagok vagy mások) való kapcsolattartás biztosítása a gyermek számára.

Családi és környezeti tényezők:

A család története és családi működés. A család történetének feltérképezése a genetikai és a pszicho-szociális tényezők figyelembevételét egyaránt feltételezik. A családi működés befolyásolt azáltal, hogy: kik laknak egy gazdaságban, milyen az egymásközi viszony és hogyan viselkednek a többiek a gyerekekkel; a szülők gyermekkori tapasztalatai, a fontos családi események és ezek hatása a családtagokra; a szülők/gondozók egymásközi viszonya és ezek hatása a gyermekekre (beleértve a különélő szülőket).

Tág család Kik képezik a gyermek és a szülők számára a tágabb családot? – beleértve a rokonokat, de nem csak valamint ezen személyek

hiányának feltérképezését. Mit jelentenek a gyermek és a szülő/gondozó számára, pontosan milyen szerepet töltenek be az életükben.

Lakáskörülmények Teljesítik-e az alapkövetelményeket, figyelembe véve a gyermek és más családtagok fejlettségi szintjét és szükségleteit? Milyen a lakás külső, belső kinézete, a közvetlen környezet; megvan-e az alap-infrastruktúra: víz, fűtés, higiénia, főzési lehetőségek, alvási körülmények, biztonságos-e a gyermek számára.

Szociális és családi integráltság A család viszonya a barátokkal, szomszédsággal, a közösséggel és ezek hatása a gyermekre- a család integráltsági vagy éppen izoláltsági foka, a kortárs csoporttal való kapcsolatok, szociális és baráti háló jellege és ennek fontossága a család életében.

Közösségi erőforrások A lehetőségek, szolgáltatások, amelyeket a család igénybe vesz, illetve amelyek megtalálhatók a közösségben- beleértve a szállítási lehetőségeket, az oktatási, felügyeleti szolgáltatásokat, üzletekkel való ellátottságot, szabadidő- sporttevékenységekhez, hitgyakorlási tevékenységekhez való hozzáférést. Ezek hatását és jelentőségét a család/gyermek életében.

Munkahely Dolgozó/k a háztartásban, a munkaprogramok és ezek hatása a gyermekre; a családtagok viszonyulása a dolgozók munkájához/ ennek hiányához. Ide tartozik a gyermek munkatapasztalata is, ha van és a gyermek, illetve a családtagok viszonyulása ehhez.

Jövedelem A jövedelem mértéke a szükségletekhez, illetve a környezetben levő másokhoz viszonyítva; a jövedelem kiszámíthatósága és stabilitása; a jövedelemmel való gazdálkodás módja, a családtagok általi hozzáférhetőség. Ezek hatása a gyermekre.

Az átfogó, komplex vizsgálat az információk rendszerezett összefoglalásával, valamint a gyermek érdekeit támogató megoldások és ajánlások javaslataival zárul, amire az egyénre szabott beavatkozási tervek alapulnak (lásd a következő fejezetben). Az információk szintézise a gyermekvédelemben használt diagnosztikai kategóriák alapján történik: fizikai, szexuális vagy érzelmi bántalmazás, fizikai, oktatási, vagy érzelmi elhanyagolás, elhagyás, vagy más, a gyermeket érintő erőszakos,

elhanyagoló esemény (beleértve a gyermekkereskedelmet, a gyermek kihasználását vagy akár bullyingot).

A felmérés, a beavatkozás megtervezése és kivitelezése során a gyermeket, fejlettségi szintjéhez alkalmazottan, bevonjuk a folyamatba, biztosítva egyrészt a gyermek részvételhez való jogát, másrészt növelve a bevonódását, a kontrollját a saját élete eseményei fölött.

Objektivitás és szubjektivitás a gyermekkel végzett interjú során

Az interjú olyan eszköz, melynek célja nemcsak a kivizsgálás, hanem az alkalmazkodási nehézségekkel, problémákkal küzdő gyermekben való segítség is. A traumákat átélt, bántalmazásnak, elhanyagolásnak kitett gyermekek esetében az interjú terápiás jellegű kell, hogy legyen. Kiemeljük itt, hogy abban az esetben ha a gyermek (feltételezett) bántalmazástörténete még nem került a hatóságok figyelmébe, és/vagy a kiskorú még nem vett rész igazságügyi meghallgatáson, az események minél tisztább és hitelesebb bemutatása érdekében ezt mihamarabb el kell érni (a meghallgatás a bántalmazás után minél hamarabb történik, minél kevesebbszer mesélt az eseményekről a gyermek, minél inkább elkerültük, hogy a környező személyek reakciói- beleértve a szuggesztív vagy ismétlődő kérdéseket annál nagyobb az esélye, hogy hiteles, tiszta emlékeket tud a felidézni a gyermek, ami növeli az feltárás esélyét és az igazságügyi eljárások sikerességét) (Macleod és mts., 2021).

Az interjú legfontosabb jellemzői közül a rugalmasságot és dinamikusságot említjük, melyek vonatkoznak az értékelésre és a diagnózis felállítására is. A diagnózis nem korlátozódhat a gyermek besorolására egy pszichológiai vagy jogi kategóriába, hanem tükröznie kell a történések dinamikáját, mely a mélyebb megismerési folyamat eredményeképpen körvonalazódott.

Az interjú célja általában a gyermek életeseményeire vonatkozó minél több adat feltárása. A szakember (szociális munkás, pszichológus) objektív adatok megszerzésére törekszik, ezek azonban gyakran nem elégségesek a gyermek ellen elkövetett rossz bánásmód megértéséhez.

Az interjú szubjektív elemei, melyek a gyermeknek a problémához való viszonyulását tükrözik, fontos támpontokat jelentenek a diagnózis felállításában. A gyermek személyes tapasztalatai: a családtagokkal és más fontos személyekkel való kapcsolatainak megítélése, az iskolához való viszonyulásra, erőforrásai és nehézségei mind fontos információk. Ezek az adatok kibővítik a hozzátartozóktól szerzett információkat, a tesztek és kérdőívek alapján kapott eredményeket.

A felmérés alapelvei:

- Figyeld meg, hogy mit jelent a családi meghittség, de ugyanakkor vedd számításba a család kulturális hovatartozását és mellőzd az előítéleteket.
- Tiszteld a különbözőségeket.
- Tisztázd a családban használt nyelvezetet; kérdezd meg, hogy a szülők mit értenek, amikor bizonyos kifejezéseket használnak (pl. „jól megverni”).
- Vedd figyelembe a gyermek mindennapi élményeit a közösségében: mik az ő mindennapi tapasztalatai? Hozzátartozik-e, támogatott-e a helyi közössége által?
- Válaszd meg a kommunikáció eszközét: mi az anyanyelve a családtagoknak.
- Légy felkészülve arra, hogy más hogyan lát téged: gondold végig, hogy ők hogyan fogják fel a te helyzetet az övékéhez képest. Magyarázd el a szereped.

Készült Flynn, Starns (2004, 94 o) alapján

Módszertan szempontjából **egy interjú szakaszait** a következőképpen foglalhatjuk össze:

1. A kapcsolat megteremtése;
2. A gyermek és szülő meghallgatása;
3. A probléma és kontextusának feltárása;
4. A kapott információk összegzése;
5. Egy többdimenziós diagnózis felállításához szükséges hipotézisek megfogalmazása;
6. A szolgáltatások megtervezésének megbeszélése;

1. A kapcsolat kialakításának szakasza

Bármilyen segítséget nyújtó kapcsolat kialakítása bevezetéssel, kölcsönös bemutatkozással kezdődik. Tulajdonképpen egy bemelegítő

szakasról van szó, melyben úgy a gyerekeknek és a szülőknek, mint a szakembernek szüksége van arra, hogy egymást megszokják.

Figyelembe kell venni a kulturális, életkori meghatározókat. Nagyon fontos, hogy a szakember felfigyeljen a nonverbális jelzésekre: vegye figyelembe a gyerek tempóját, ne siettesse; tisztelettel bánjon vele; vegye komolyan a gyerek szenvedéseit.

Ahhoz, hogy a gyermek fájdalmas tapasztalatairól beszéljen a felnőttel, szükséges, hogy kialakuljon közöttük egy bizalmi kapcsolat. Kezdetben a szakembernek több időt kell töltenie a gyermekkel, hogy egymást kölcsönösen megismerjék. A közeli kapcsolat lehetővé teszi, hogy megismerje a gyermek fejlődési szintjét, kommunikációs módját, emocionális állapotát, szociális kompetenciáit.

2. A gyermek meghallgatása

Ebben a megközelítésben a szakember vezette interjú, mely a jelenség kivizsgálását célozza, nem strukturált kérdések halmazából áll, hanem inkább a gyermek meghallgatására vonatkozó technikák összességéből, melyek bátorítással társulnak.

Kisebb gyermekek esetében az adatok feltárását játékok segítségével lehet megkönnyíteni, melynek során bevezető és kísérő kérdéseket teszünk fel. A bevezető kérdések a gyermek mindennapi életére, személyiségére, barátaira, családjára- számára fontossággal bíró személyekre (de nem a bántalmazási helyzetre, hanem a gyermek számára is természetesnek tűnő területekre, pl. kikkel laksz?) vonatkoznak. Az interjú első felében használt kérdések általánosak és semlegesek.

Nagyon fontos, hogy az interjúkészítés folyamán (általában az első felében, de néha az interjúkészítés közben vagy ennek befejezése után) a szakember elmagyarázza, miért van szükség az interjúkészítésre, illetve, hogy a kapott információkat milyen formában használják fel. Ezt a gyermek értelmi szintjének megfelelően kell elmondani. Az interjú során használt technikák változatosak, játszással, rajzolással, meséléssel, gyurmázással egészülhet ki.

3. A feltárás szakasza

Az előbbi követelmény nem azt jelenti, hogy a szakember nem szólhat bele azoknak a témáknak a kiválasztásába, melyek a figyelem központjában fognak állni, annak érdekében, hogy egyes témák szubjektív és objektív oldalait alaposan kimerítsék. A kapott információk kibővítik a szakember – gyermekről és ennek problémájáról való előzetes – ismereteit.

Az interjú központjában a gyermek érzelmeinek feltárása áll. Például egy olyan gyermek számára, akit intézményben helyeztek el, nagyon fontos téma lehet a szülőktől való elválasztás következtében kialakult szorongás. Ennek a témának a felvetése felszínre hozhatja a családtagokkal való szembesülés folyamatának azt a stádiumát, amelyben a gyermek van. Ahhoz, hogy ez a jelenben számára fontos téma – itt és most – jelentős diagnosztikai elemekkel szolgálhat a probléma megértésében és a kezelési irány meghatározásában, szükséges, hogy ismereteket szerezzünk a gyermek előzetes tapasztalatiról. Ajánlatos, hogy a gyermek vallomásainak irányvonalát maga a gyermek határozza meg.

Különböző gyerekek esetén az átélt traumától, a megértési és fejlődési szinttől, egy esetleges fogyatékoságtól vagy betegségtől, az érdeklődéstől és az életkortól függően más-más típusú információk érdekelnek. Egyesek közülük nem lesznek objektívek a szó szoros értelmében, hanem magukon hordozzák a gyermek szubjektivitásának jegyeit. Az interjú során nem feledkezhetünk meg a gyermek életkori sajátosságaitól: azaz a nyelvi kifejezőkészség korlátairól, a megértés, az emlékezet kapacitásának határaitól, az érzelmeknek a gondolkodásban és képzeletben játszott szerepéről, egyszerűen a szubjektivitásáról. A figyelmes hallgató számára a gyermek megnyilvánulásai gazdag adatokat szolgáltatnak a trauma természetére és a gyermek szükségletére vonatkozóan. Módszertani szempontból fontos, hogy a vizsgálatok elkezdésekor a pozitív élményekből induljunk ki, ne pedig a kellemetlen vagy a fájdalmas emlékekből. A pozitív élmények megosztása fenntartja a gyermek és segítő között az interjú lefolyásához szükséges kapcsolatot.

Példa:

I. C. 3 éves, szülei Bécsben élnek, válófélben vannak. C-nek vegetatív tünetei vannak (székrekedés, nyugtalan alvás) és pszichomotorikus instabilitást mutat. Szenvedésének forrása a szülőktől való elválás, a gyermek az idegen környezetben elhagyatottnak érzi magát. Arra a kérdésre, hogy melyik játékot szereti a következő megkülönböztetést végzi: itt (Kolozsváron a nagymamánál) mindenféle dologgal játszik (melyeket nem nevez meg, jelentéktelenek saját világa számára), de otthon van egy lámpával, szirénával, nyitható ajtókkal felszerelt autója, ami gyorsabban megy, mint az apa kocsija és öt porszívója, melyeket úgy kezel, mint az anya és egy fantasztikus labdája, amivel apjával szokott játszani, és egy rendkívüli könyve, melyből anya szokott olvasni... Az interjún jelenlevő nagymama a gyermek kijelentéseit objektív adatokkal egészíti ki: egy megszokott autóról van szó és csak egy porszívójuk van otthon. Azonban a szubjektív összetevő az, ami minket érdekel: a gyermek jó okot talált arra, hogy elmondhassa, mennyire hiányzik számára az otthon és szülei, most a mi feladatunk, hogy ezt a szubjektív elemet kifejtsük, felszínre hozzuk, a gyermek számára átláthatóvá tegyük, hogy objektív módon összekapcsoljuk a tüneteivel, illetve a szenvedéssel.

A felmérés folyamata során a gyermek érzelmi reakcióit állandó figyelemmel kell kísérnünk és biztosítanunk kell őt a felől, hogy mellette állunk. Érzelmi reakciói (harag, szégyen, indulatkitörés, sírás, hosszantartó hallgatás, fokozott szorongás) megnehezíthetik az interjúkészítés folyamatát. Egy simogató tekintet, néhány percig tartó hallgatás, valamint az empatisz válaszok hozzásegíthetik, hogy visszanyerje kontrollját.

A felmérés lehetővé teszi a gyermek számára, hogy a terápiás folyamattal kapcsolatos elvárásait megfogalmazza, ezáltal lehetővé válik, hogy a további munkára vonatkozóan egy közös célt határozzunk meg.

4. A kapott információk rendszerezése és összegzése

Az összegzés szintézis jellegű gondolatok megfogalmazásából áll. A szakember a kapott információk alapján következtetéseket von le, és hipotéziseket állít fel úgy a rossz bánásmód formáival, súlyosságával, következményeivel, mint a beavatkozás irányával kapcsolatban. Az interjúkészítés után a gyerek és a szakember között lévő kapcsolat általában nem szakad meg. Az összegzéssel a szakember nemcsak azoknak segít, akik

a gyermek sorsáért felelősek, hanem visszajelezve ezeket a gyermeknek, az ő számára is elősegíti, hogy jobban megértse saját attitűdjait.

5. Többdimenziós diagnózis megfogalmazása

A diagnózist az interjú során szerzett szubjektív és objektív adatok összevetése alapján állítjuk fel. Az interjúkészítés alatt megfogalmazódott hipotéziseket lépésről-lépésre ellenőrizzük a kliens és az interjúvezető között végbemenő kommunikációs folyamatban, mely kitér a gyermek életének különböző aspektusaira: a szülőkkel való kapcsolat, kommunikációs stílus, a gyermek szociális kompetenciái, iskolai eredményei, a szabadidőben végzett tevékenységei, érdeklődési körei, erőforrásai, nehézségei. A hipotézisek tehát egyrészt az általunk ismert problémára vonatkoznak, amely a gyermek életében központi jelentőségű, másrészt pedig a gyermek szociális és családi életének összefüggéseire. A gyermek viselkedésére vonatkozó magyarázó hipotézisek beigazolódása vagy megcáfolása végül egy multidimenzionális diagnózis felállításához vezet. A gyermekkel készített interjú eredményeképpen megpróbálhatjuk részleteiben megérteni a szülőkkel való viszonyt, abból a szemszögből közelítve meg a szülői készségeket, amelyből azt a gyereket látja (és nem csak a saját kritériumainak prizmáján keresztül). A gyerekeknek más személyekkel való kapcsolatára vonatkozó adatok szintén fontos szerepet kapnak.

6. A tervezett szolgáltatásoknak, a terápiás kapcsolat folytatásának megtervezése

A szubjektív elemek, melyek hozzásegítenek egy multidimenzionális, dinamikus diagnózis felállításához lehetővé teszik a támogató szolgáltatások és/vagy terápiás beavatkozás megtervezését is. Ha nem vesszük figyelembe a gyereket által elmondottakat, szükségleteit és elvárásait, a segítségnyújtó próbálkozások nem lesznek hatékonyak.

Az itt bemutatott interjút meg kell különböztetnünk az igazságügyi vagy a rendőrségi kivizsgálási technikáktól és módszerektől, melynek célja az általa átélt események objektív megismerése. Az általunk javasolt felfogásban a központi célt nem az objektív adatok felderítése képezi, hanem a gyermek tapasztalatainak, az átélt eseményekre vonatkozó hozzáállásának

a megismerése, melyekben a trauma természetesen központi helyet foglal el. A fentebb ajánlott modell nem a gyermek kihallgatásának technikáira épül, hanem meghallgatási technikákra, biztatásokra, valamint feltárási lehetőségek felkínálására.

Kiindulva a jelenből, az „itt és most”-ból, az a személy, aki meg tudja hallgatni a gyermeket, hozzájuthat az élményei és tapasztalatai nyújtotta adatokhoz, melyek megalapozhatják a pszichológiai diagnózis magyarázó hipotéziseit.

Az így felfogott interjú terápiás hatású, mely elkerüli az olyan helyzeteket, amelyekkel a gyermek még nem tud megbirkózni, és megadja annak a lehetőségét, hogy saját ritmusának megfelelően haladjon. Ilyen értelemben nemcsak a szakember tesz erőfeszítéseket annak érdekében, hogy a bántalmazás, elhanyagolás kockázati tényezőit, illetve ennek családi és családon kívüli meghatározóit feltárja, hanem a gyerek maga is. A saját reakciók, a gyermek számára a traumatikus események–család–szociális kontextus kapcsolatának a megértése fontos lépést képez a gyógyulás felé.

Az interjú segítségével a szubjektív elemek, a felszínre hozott érzelmek a tudat, a racionalitás eszközeivé válnak. A gyerek tapasztalatai, élményei, az a mód, ahogyan a traumatikus eseményekről beszámol, fontos támpontot jelentenek annak megismerésében, hogy milyen a személyisége, mik a belső erőforrásai és nehézségei, hogyan látja a problémát, és milyen elvárásai vannak a megoldással kapcsolatban, milyen a kapcsolata a családtagokkal, valamint más, számára fontos személyekkel, hogyan viszonyul az iskolához. A szubjektivitás adatai a segítő kapcsolat lényegét képezik.

A gyermekkel és a támogató, közeli személyekkel való kapcsolat folyamán szem előtt kell tartanunk, hogy az események felidézése is traumatikus hatású lehet mivel ilyenkor életüknek egy fájdalmas és/vagy szégyenletes eseményeiről kell beszélniük. Ráadásul, gyakran olyan személyekről nyilatkoznak, akik iránt jellemzően ambivalens érzelmeik vannak, részben dühöt, részben ragaszkodást éreznek.

További eszközök és módszerek

A bántalmazás felmérésére nincs egy egységesen használt eszköztár, viszont úgy a szakemberek, mint a kutatók erőfeszítéseket tesznek ezek kidolgozásában. Az évek során több olyan eszközt dolgoztak ki, melyek egyrészt a bántalmazás esetek vizsgálatában, a kockázati és/vagy védő tényezők azonosításában, másrészt a következmények feltárásában használatosak (Charak és mts., 2021).

A holisztikus, gyermekjóléti felmérésekhez képest az igazságügyi vizsgálatok jóval szélesebb körben kutatott területet jelentenek. Egy, a gyermekek szexuális bántalmazásának feltárására alkalmazott protokollokat vizsgáló átfogó tanulmányban Fernandez és munkatársai (2022) összesen 30 protokollt azonosítottak, amelyek közül a leggyakrabban alkalmazott és kutatott a Romániában is egyre inkább szorgalmazott NISHD (National Institute of Child Health and Human Development) protokoll, valamint annak felújított változata.

A bántalmazás különböző formáinak feltárásához interjú mellett (melynek a gyermekkel végzett formájáról az előbbiekben részletesebb bemutatás történt) megfigyelést, kérdőíveket, teszteket vagy skálákat, komplex, strukturált specifikus eszközöket, de olyan, nem kifejezetten specifikus eszközöket is használhatunk (Charak és mts., 2021), mint pl. genogramm, családrajz¹⁴ vagy családi szobor, melyek az erőszakkal kapcsolatos helyzet valamint a gyermek jóllétét meghatározó tényezők bizonyos elemeire világítanak rá. Ezek hozzásegítenek a helyzet több szempontú megértéséhez és elemzéséhez. Az eszközök egy része a kockázati és védő tényezőket, másik része a következményeket hivatott felmérni.

A kockázat felmérésének eszközeit a következőképpen csoportosítja Heilbrun (2009):

- Kockázatfelmérő értékelés
- Strukturált szakmai felmérés
- Strukturálatlan szakmai felmérés
- A rossz bánásmód történeti feltárása

¹⁴ Draw-A-Family Projective Test (romániai adaptált változat), <https://testcentral.ro/test/draw-a-family-projective-test>

A strukturálatlan szakmai felmérés a szakember tapasztalatából és megítéléséből származó megérzésre alapoz. Heilbrun (2009) összehasonlítja ennek a felméréstípusnak a hatékonyságát a tipikus felmérő eszközökével, és arra következtet, hogy az előbbi jóval alulmarad pontosság terén. A tipikus felmérési eszközök kétfélék: a **egyszerű kockázatfelmérő kérdőívek** (pl. SDM Családi Kockázatfelmérő Kérdőív, Brown, 2012) és jól meghatározott elemeket figyelembe vevő **szakmai megítélésen alapuló** eszközök (pl. az angol gyermekvédelmi rendszerben használt eszközök)

Az egyszerű **kockázatfelmérő kérdőívek** meghatározó jellemzője az, hogy objektív, mechanikus és megismételhető prognózistényezők kombinációjával dolgozik, amelyeket empirikus kutatások során választottak ki, és ítélték működőképesnek. Az ezeket az eszközöket használók pontszámot számolnak, amely hozzávetőlegesen felbecsüli az erőszak megjelenésének kockázatát (Heilbrun, 2009).

A strukturált szakmai felmérés/megítélés esetében a kockázati és védő tényezőket a szakirodalomból válogatják ki, majd a felmérés céljaira működőképesse teszik. Az így dolgozók több forrást is elemeznek, hogy az illető elemeket leellenőrizték, ám ezek nem feltétlenül számszerűsítettek. A strukturált szakmai megítélés jóval rugalmasabb, mint az egyszerű kérdőívek, de kevésbé számszerűsítettek (Heilbrun, 2009). Ilyen például a már bemutatott, Angliában és Walesben használt „A rászoruló gyermekek és családok értékelési rendszere” (Framework for Assessment Children and Families in Need, Department of Health, 2000), amelyhez társítottak egy gyakorlati eszközcsomagot (megfigyelési űrlapok, interjúvezetők, kérdőívek, skálák gyűjteményét¹⁵), az információgyűjtés és értékelések támogatására.

A gyermek és család jelenlegi helyzetének feltérképezése mellett jelentős a rossz bánásmód történetének áttekintése, az erőszakos magatartás törvényszerűségeinek, a viselkedés mintázatainak feltérképezése, nem csak a szociális munkás figyelmébe kerülő gyermek, hanem a családban élő összes gyermek esetében.

¹⁵ Ezek ingyenesen elérhetőek a következő linken: <https://childandfamilytraining.org.uk/pages/the-family-pack-of-questionnaires-and-scales> (utolsó ellenőrzés: 2024 november 17)

A családi kapcsolatok felméréséhez is változatos eszközök használatosak: családrajz, genogramm, szociális atom, vagy akár a családi fotók technikája. Gyerekek esetében a felmérés fontos eszköze a játék, a spontán vagy irányított rajz és az ebből kiinduló beszélgetés (Webb, 2019). Nagyobb gyerekekkel kitölthetünk teszteket, kérdőíveket ugyanakkor hasznos ezeket úgy is kezelni, mint egy beszélgetés kiindulópontját (a tesztek, skálák eredményeit bemutatjuk a tinédzsernek, elmagyarázva az egyes pontszámok jelentéseit és reflektálásra készítetve a fiataalt a kapott eredmények mentén).

A HOME (Home Observation for Measurement of the Environment) Inventory, egy olyan interjúvezető és megfigyelési támpontokat tartalmazó csomag, ami a családlátogatás során végzett interjú (szülővel, gyermekkel és/vagy a család tagjaival közös) és megfigyelés által szerzett információknak a szakszerű rendszerezésben és értékelésben segít. A gyermek környezetéről, életkorának és sajátos igényeinek megfelelő stimulálásáról (a fejlődését elősegítő tárgyi és megnyilvánulási módokat, interakciókat, mint pl. a hobbikra való bátorítás), a szülőknek a gyermek igényeire, szükségleteire adott válaszkészségéről, a családi struktúráról, működés módokról segít átfogó, élethű képet kapni (Caldwell és Bradley, 2016, Bradley, 2012). Népszerű használata annak is betudható, hogy öt életkor kategóriára dolgozták ki (Lansford és mts., 2023) és több nyelvre lefordították. A romániai marginalizált közösségben élő gyermekek és családjaik felmérésére 2019-ben készült egy adaptált változat (Antal és Dávid-Kacsó, 2019, kézirat). A HOME rövidített és frissített változata a kulturálisan is érzékeny HOME-Short Form (HOME-SF¹⁶) (Araujo és mts., 2021) és frissített (a gyermekek életét is jelentősen befolyásoló változásokhoz adaptált, mint amilyen például a digitális technológia vagy a testi fenytéssel kapcsolatos társadalmi változások) változat a HOME-21¹⁷ (ahol a 21 a XXI. századra utal, Lansford és mts., 2023, 3.old.).

¹⁶ Elérhető itt: <https://www.nlsinfo.org/content/cohorts/nlsy79-children/other-documentation/codebook-supplement/appendix-home-sf-scales>, utolsó ellenőrzés 2024 december 20

¹⁷ Ahol a 21 a XXI. századra utal ()

A fejlődési anamnézis keretét biztosít a gyermek fejlődési menetének átfogó megismeréséhez, figyelembe véve azt a családi környezetet is, amelyben a gyermek felnőtt (az ehhez szükséges információkat a gyermek szülein kívül olyan személyektől lehet megtudni, akik jelentős szerepet vállaltak a gyermek nevelésében (Webb, 2019).

A szülői kompetenciák, a szülő-gyermek kapcsolat feltérképezésére ajánlott kérdőívek közül megemlíjtjük, a Szülői kompetencia kérdőívet (Chestionarul de investigare a competenței parentale, Glăveanu, 2012) illetve a Szülő-Gyermek Kapcsolati Leltárt (Parent-Child Relationship Inventory-PCRI, Inventarul relației părinte-copil¹⁸, Coffman, 2008). A támogató szülő szexuális bántalmazás utáni kapcsolatát a gyermekkel, a Parental Support after Sexual Abuse (Asgeirsdóttir et al., 2021) kérdőívvel vizsgálhatjuk.

A felételezett bántalmazási esetek adatainak rögzítésére, összegezésére ajánlott ellenőrző lista a CCAE- Checklist for Child Abuse Evaluation (Scala de Evaluare a Abuzului la Copii¹⁹, Patty, 1990) vagy a Child Abuse Potential Inventory (Milner, 1990).

A következmények felmérésére használhatunk kérdőíveket, mint amilyen például a kutatásokban és a gyakorlatban egyaránt használatos, Briere és Runtz (1989) által kidolgozott Trauma Symptom Check-list for Children, TSCC és ennek rövidített változata (Charak, R. & Hamilton-Giachritsis), The Acute Stress Checklist for Children (ASC-Kids) (Kassam-Adams és Marsac, 2016, Kassam-Adams és mts., 2013), a Gyermek viselkedés skálát (Child Behavior Checklist, Achenbach & Rescorla, 2001), az Érzelm szabályozási nehézségek skáláját (Difficulties in Emotion Regulation Scale (Charak és mts., 2019a) vagy klinikai interjút.

Az eszközöket a gyermekvédelemben mindig elővigyázatossággal kell használni, a kérdőív és teszt típusú felmérés irányadó lehet, de nem elégséges ahhoz, hogy a helyzet veszélyességére és a következmények súlyosságára vonatkozóan ítéleteket hozzunk. Az így szerzett információkat többdimenziós diagnózis keretébe kell integrálni. A módszereket és eszközöket szükséges adaptálni, ha más kulturális és etnikai csoportoknál

¹⁸ <https://testcentral.ro/test/parent-child-relationship-inventory>

¹⁹ <https://testcentral.ro/test/checklist-for-child-abuse-evaluation?subcat=38&cat=3>

alkalmazzuk, mint amire azokat kidolgozták (Board on Children, Youth, and Families és mások, 2012).

Kollaterális információk gyűjtése. A gyermek és a család helyzetének átlátására a szociális munkás a kliensekkel valló kapcsolat során szerzett adatok mellett, rendszerint számos más forrásból is szerez információt. A kliensekre vonatkozó információk közé tartoznak az előző támogatási folyamatok során készült beszámolók, valamint más intézmények szakemberei – például orvosok, oktatók, nevelők, szociális munkások, pszichológusok vagy jogi szakemberek – által készített jelentések, amelyek a kliens korábbi vagy aktuális állapotát ismertetik (Webb, 2019). Amennyiben a szociális munkás úgy ítéli meg, hogy indokolt más intézményektől információt kérni, ehhez a kliens beleegyezésének megszerzése szükséges. Indokolt esetben – az ártalomcsökkentés érdekében – legalább a kliens tájékoztatása, valamint az esetleges negatív következmények megbeszélése elengedhetetlen. Például, ha a szülők ellenzik az iskolával való kapcsolatfelvételt, fontos tisztázni az iskolai megkeresés célját és módját, továbbá átbeszélni a várható előnyöket és a lehetséges negatív következmények kezelésének módjait. Amennyiben a szülő továbbra is ellenkezik, a szakember csak abban az esetben forduljon ehhez az információforráshoz, ha az esetkezeléshez elengedhetetlenül szükséges információ más módon nem szerezhető meg.

Irodalomjegyzék

- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001) *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families
- Araujo, M. C., Dormal, M., Grantham-McGregor, S., Lazarte, F., Rubio-Codina, M., & Schady, N. (2021). Home visiting at scale and child development. *Journal of Public Economics Plus*, 2, 100003. <https://doi.org/10.1016/j.pubecp.2021.100003>
- Asgeirsdottir, B. B., Huffhines, L., Sigurvinsdottir, R., & Wherry, J. N. (2021). Dyadic Reports Using the Parental Support after Child Sexual Abuse Measure: Psychometrics and Associations with Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms. *Child Abuse Review*, 30(6), 576–593. <https://doi.org/10.1002/car.2722>

- Baginsky, M., Manthorpe, J., & Moriarty, J. (2020). The Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families and Signs of Safety: Competing or Complementary Frameworks? *The British Journal of Social Work*, 51(7), 2571–2589. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa058>
- Board on Children, Youth, and Families, Institute of Medicine, & National Research Council. (2012). *Child Maltreatment Research, Policy, and Practice for the Next Decade: Workshop Summary*. National Academies Press (US).
- Bradley, R. H. (2012). HOME Inventory. In L. Mayes & M. Lewis (Eds.), *The Cambridge Handbook of Environment in Human Development* (pp. 568–589). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9781139016827.032>
- Briere, J. (1996). Trauma Symptom Checklist for Children. *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t06631-000>
- Caldwell BM, & Bradley RH (2016). *Home Observation for Measurement of the Environment*. Tempe, AZ: The Connect Center, Arizona State University.
- Charak, R., & Hamilton-Giachritsis, C. (2021). Assessment Tools in Child Protection Practice and Research. *Child Abuse Review*, 30(6), 499–507. <https://doi.org/10.1002/car.2736>
- Charak, R., Byllesby, B. M., Fowler, J. C., Sharp, C., Elhai, J. D., & Frueh, B. C. (2019). Assessment of the revised Difficulties in Emotion Regulation Scales among adolescents and adults with severe mental illness. *Psychiatry research*, 279, 278–283. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.010>
- Coffman, J. K. (2008). Parent-Child Relationship Inventory (PCRI). In B. L. Cuttler (Ed.), *Encyclopedia of Psychology and Law*. SAGE Publication. <https://doi.org/10.4135/9781412959537.n211>
- Department of Health, Department for Education and Employment and the Home Office (2000) *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*, London, The Stationery Office., https://basw.co.uk/sites/default/files/resources/basw_123020-9_0.pdf
- Fernandes, D., João Pedro Gomes, Pedro Barbas Albuquerque, & Matos, M. (2023). Forensic Interview Techniques in Child Sexual Abuse Cases: A Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(2). <https://doi.org/10.1177/15248380231177317>
- Flynn, H., Starns, B. (2004). *Protecting children. Working together to keep children safe*. UK: Heinemann.
- Glăveanu, S. M. (2012). *Competența parentală. Modele de conceptualizare și diagnoză*, București: Editura Universitară

- Heilbrun, K., Douglas, K. S., & Yasuhara, K. (2009). Violence risk assessment: Core controversies. In J. L. Skeem (Ed.) & K. S. Douglas & S. O. Lilienfeld (Ed.), *Psychological science in the courtroom: Consensus and controversy* (pp. 333-357). New York, NY, US: Guilford Press.
- Kassam-Adams, N., Gold, J., Montañó, Z., Kohser, K., Cuadra, A., Muñoz, C., Armstrong, FD. (2013). Development and psychometric evaluation of child acute stress measures in Spanish and English. *Journal of Traumatic Stress*, 26(1):19-27. doi: 10.1002/jts.21782
- Kassam-Adams, N & Marsac, ML. (2016). Brief practical screeners in English and Spanish for acute posttraumatic stress symptoms in children. *Journal of Traumatic Stress*, 29 (6):483-490. doi: 10.1002/jts.22141
- Killén, K. (1998) *Copilul maltratat*. Timișoara: Eurobit
- Lansford, J. E., Odgers, C. L., Bradley, R. H., Godwin, J., Copeland, W. E., Rothenberg, W. A., & Dodge, K. A. (2023). The HOME-21: A revised measure of the home environment for the 21st century tested in two independent samples. *Psychological assessment*, 35(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/pas0001183>
- Macleod, E., Hobbs, L., Admiraal, A., La Rooy, D., & Patterson, T. (2021). The use and impact of repeated questions in diagnostic child abuse assessment interviews. *Psychiatry, psychology, and law: an interdisciplinary journal of the Australian and New Zealand Association of Psychiatry, Psychology and Law*, 29(3), 364–380. <https://doi.org/10.1080/13218719.2021.1910586>
- Milner, J. (1986). *The Child Abuse Potential Inventory Manual*, DeKalb, IL: Psytec Inc. Milner, J. (1990). *An Interpretive Manual for The Child Abuse Potential Inventory*, Dekalb, IL: Psytec Inc.
- Patty, J. (1990) *Ccae: checklist for child abuse evaluation: professional manual*, Psychological Assessment Resources, Lutz
- Zeanah, C., & Humphreys, K. (2018). Child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 637–644. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.007>

9.

A GYERMEKBÁNTALMAZÁS ESETÉBEN TÖRTÉNŐ BEAVATKOZÁS

László Éva, Roth Mária, Antal Imola

A rossz bánásmódnak kitett gyermekek családjában történő beavatkozás

A beavatkozás célja a gyermek számára biztonságos környezet kialakítása, amelyben kielégülhetnek a mindennapi szükségletei, és amelyben minimális az újabb áldozattá válás veszélye. A gyermek helyzete a családban valamennyi érdekelt együttműködésének eredményeképpen fog tartósan megváltozni, és ebben a folyamatban a szakembernek nemcsak a rossz bánásmódnak kitett gyermekkel, hanem az egész családdal kell foglalkoznia. A gyermek környezetében levő jelentős személyek gyakran „láthatatlanok”, „meghallatlanok” (Dale, 2004; Kapp és Vela, 2004).

A szülőkkal való együttműködés, a partnerség kialakítása és ezen túl a szülők változásra való motiválása a gyermekvédelem szakembereinek egyik legfontosabb feladata (Goddard és mts., 2017). Nem ritka, hogy a szülő vagy szülők többé-kevésbé intenzív ellenérzéssel vagy akár támadóan viszonyulnak a gyermekvédelmi szakemberhez, alábecsülik vagy tagadják a gyermek vagy a család helyzetének diszfunkcionalitását és viselkedésük esetleges következményeit a gyermekre nézve (Pearson, 2009, Dumbrill,

2005, Littlechild, 2005, Stanley és Goddard, 2002.). Az együttműködő szülő azon túl, hogy információkat szolgáltat az eset felmérésekor igényli a segítő jelenlétét, információkat és támogatást (van Toledo és Seymour, 2013, Dumbrill, 2005).

A szülők változásra való motiválása egy folyamat, ami a szakember és a család tagjai közötti jó kapcsolat keretében valósítható meg. Ennek a jó kapcsolatnak az alapját az empatikus attitűd, a tisztelet, a család nehézségeinek és stresszforrásainak a megértése, a segítségnyújtás iránti nyitottság képezi együtt a gyermek vagy más sérülékeny családtag ellen elkövetett bántalmazás elutasításával (Goddard és mts., 2017, Lonne és mts., 2016). A szociális munkásnak a rogersi kliensközpontú technika szerint ajánlott elfogadási attitűdje a kliens felé azt közvetíti, hogy elfogadja, mint személyt, megérti a nehézségeit, de nem fogadja el a gyengébbek ellen irányuló erőszakos tetteit.

A családban rossz bánásmódban részesülő gyermek sorsáért aggódó szakember számára néha nehéz feladat elfogadást, megértést mutatni a szülők irányába. Ennek elősegítéséhez abból a meggyőződésből indulhat ki, hogy a szülők megtesznek mindent, amit abban a pillanatban képesek megtenni, még ha ez a szociális szolgáltatások standardjai szerint kevés is.

Fontos, hogy olyan szolgáltatásokat biztosítson a szülők számára, amelyek segítségével a szülő a gyermekkel való kapcsolatát javíthatja, nevelési készségeit gazdagíthatja, a gyermek számára ártalmas viselkedését módosíthatja.

A családtagok és a segítő szakember közötti kezdeti kommunikációt Killén (1997) valamint Novik és Novik (2014) szerint a szülő érzéseinek, a gyermek iránti jó szándékának validálásával lehet indítani. Aztán lehet rátérni a a szülő viselkedésmódjának a gyerekre kifejtett hatásával, közölve szakmai észrevételeit és hipotéziseit. Így például olyan esetben, amikor az óvodáskorú gyermeknek nemrég elvált édesanyja megtiltja, hogy édesapjával találkozzon, a szociális munkás kiindulhat abból, hogy elmondja észrevételeit a gyermek szenvedésével kapcsolatban, melyet az édesapja hiánya okoz és ezen érzelmi megfosztottság ráhatását a gyermek viselkedésére; később a szociális munkás megoszthatja az édesanyjával a válás okozta érzelmi nehézségek hatásával kapcsolatos hipotéziseit. Ebben a formában, elkerülve a felsőbbrendűségi attitűdöt, ami azt az érzést keltené,

hogy mindig a szakember tudja jobban, hogy mi a jó a gyermeknek, segítheti az anya magatartásának megváltozását, világossá téve a kapcsolatokat az anya állapota és a gyermekéhez illetve annak igényeihez való viszonyulása között. A bemutatott példában az édesanyával való kapcsolat fejlődéséhez arra van szükség, hogy őt érzelmei kifejezésére és szempontjainak bemutatására bátorítsák. Az esetleges védekezési, frusztrációs, tagadási, minimalizálási reakciókat és a segítség elutasítását a családi problémák emocionális és szociális kontextusában kell értelmezni, és a megértett dolgokat a kliens számára is érthető módon kifejezni. Killén (1997) kiemeli, hogy ismertetnünk kell a kliensekkel, hogy miben tudunk segíteni. A szakember család iránt mutatott törődése hozzájárul ahhoz, hogy a családtagok elgondolkodjanak a változtatás elmulasztásának lehetséges következményeiről. A felelősség vállalása a gyermekkel szemben elkövetett rossz bánásmódért a változás kezdete. A változás irányába való elköteleződés fokozatos folyamat, melyet megnehezít a tudatos vagy nem tudatos ellenállás, mely nagymértékben próbára teszi a szakember türelmét.

Habár a gyakorlatban nagy kihívásnak mutatkozik, ha a gyermek érdekei megkövetelik, a szociális munkásnak nem kell vonakodnia tekintélyének bevetésétől a szülőkkel vagy a problémában érdekelt más személyekkel szemben (Goddard és mts., 2017). A szülőkkel való együttműködésben, a gyermek érdekeinek a képviselője nemcsak szakmai elvárás, hanem sok országban, akár csak Romániában (272/2004-es törvény) törvényes előírás is. Így például, ha az édesanya habozik, hogy higgyen kislányának, aki az apja részéről szexuális bántalmazásra panaszkodik, a szociális munkás nem fogja kívánni, hogy az anya bejelentést tegyen a gyermekvédelmi hatóságoknál (helyi vagy megyei gyermekvédelmi hatóságnál) rendőrségen vagy az ügyészségen, hanem intézkedik a gyermek érdekében. Abban az esetben, ha a szülők otthagyják a gyermeket egy kórházban, a szociális munkás hivatali tekintélyét felhasználja, hogy rávegye a szülőket a gyermek helyzetének törvényesítésére; a családi helyzet feltérképezése adatokat fog szolgáltatni arra vonatkozóan, hogy a gyermek visszatérjen-e a családjába, vagy szükségleteinek megfelelőbb ideiglenes elhelyezésre van szüksége.

A gyermek családból való kiemelése esetén, a szülői szerepet átvett személyek kerülnek a beavatkozás kivitelezésében is szülői pozícióba és érvényessé válik rájuk nézve mindaz, amit a szülők esetén követünk.

A szülőkkal, partnerségi alapon való együttműködés alapelve nem érvényes abban az esetben ha a szülők egyikét vagy mindkettőjüket a bíróság eltiltja a szülői jogaik gyakorlásától és a gyermek biztonsága érdekében a szülőtől való távolságtartást rendelik el. Ilyenkor a bántalmazó magatartású személyről jó minél több, releváns információt tudni kell a gyermek esetkezelőjének, anélkül, hogy a gyerekről bármiféle információt szolgáltasson a szülőnek (Goddard és mts., 2018).

A beavatkozás szakaszai. Elemzési és döntési modellek

A beavatkozással kapcsolatos döntések nem hozhatók meg csupán a veszély mértékének, illetve a gyermeket veszélyeztető személy viselkedésének alapján, a vizsgálatnak meg kell ragadnia a sérülés esélyét növelő és csökkentő tényezők kölcsönhatását. *„információkat gyűjteni... ez a feladat csak egyik része. Ezeket rendszerezni és felismerni a jelentőségüket szintén döntő feladat”* (Goddard, 1996, 134 old.). A hiányosságok, nehézségek felmérése mellett szükségünk van a család illetve a családtagok egyéni erősségeinek és erőforrásainak a feltérképezésére is (van Zyl és mts., 2014). Ezek képezik az alapköveket amelyekre építjük beavatkozási programot és amelynek célja a hiányosságok pótlása, a diszfunkcionalitások korrigálása. Sanexa és munkatársai (2020) egy metanalitikus tanulmányban felhívják a figyelmet, hogy a legtöbb gyermekjóléti modell a gyermek családból való kiemelésére fókuszál és a gyermek családban való maradásának lehetőségeinek erősítése helyett. Egy későbbi, 2023-as vizsálatuk a holisztikus megközelítés hiányát mutatta ki (Sanexa és mts., 2023).

A beavatkozási irány kijelölésekor elsődleges szempont azoknak a lehetőségeknek a feltérképezése amelyek a gyermek családban való maradását tennék lehetővé. Egy kiskorú csak akkor emelhető ki a családból ha az ő legfelsőbb érdeke ezt kívánja (272/2004-es törvény). Bizonyos helyzetekben egyértelmű a szakemberek számára a gyermek családból való

kiemelésének szükségessége, de a legtöbb eset a „szürke” mezőnyhöz tartozik, amikor körültekintő, szakmailag jól felépített felmérés és beavatkozás szükséges (Benbenishty és mts., 2015).

Ezek figyelembevételével az eset bejelentésétől számított 30 napon belül elkészíthető a személyre szabott *védelmi* (súlyos bántalmazás) vagy *szolgáltatási terv* (közepes vagy alacsony súlyosságú bántalmazás) (OGYH 288/2006-os rendelkezése a gyermekvédelmi esetek kezelésével kapcsolatban, Baciú és Muresan, 2022).

Az egyéni védelmi terv- amely alapján a szolgáltatások, juttatások, a sajátos védőintézkedések és/vagy a szakszolgáltatások (bántalmazott gyermekekkel, elsődleges vagy másodlagos traumát átélt személyekkel és hozzátartozóikkal való munkára szakosodott szolgáltatók) megvalósulnak. A védelmi terv a gyermek és családjának a pszichoszociális felmérési eredményeire támaszkodik. A védelmi terv elsődleges célja a családból kiemelt gyermeknek egy állandó, stabil családtípusú környezetbe való elhelyezése.

A sajátos védőintézkedések típusai: elhelyezés, sürgősségi elhelyezés illetve speciális felügyelet. Ezeknek kivitelezése 14 kortól csak a tinédzser beleegyezésével történhet (57es cikkely, 3as bekezdés). Ellenkező esetben bírósági végzés szükséges.

A gyermekért felelős szakembernek erőfeszítéseket kell tennie annak érdekében, hogy elkerülje a gyermeknek a számára érzelmileg fontos személyektől való hosszú és szükségtelen elválasztását (Saunders, 2015, OGYH 286/2006-os határozat, 2-es csatolmány). Rezidenciális központba való elhelyezésre csak abban az esetben kerül sor ha nem sikerült a saját családban való biztonság, a tágabb családban való elhelyezés vagy a gyámsági eljárás. A 2 évét még be nem töltött gyermek esetében ennek rezidenciális központban való elhelyezése tiltott Romániában (a sürgősségi elhelyezést is csak a tágabb családhoz vagy helyettes szülőkhöz megengedett).

Abban az esetben, ha a helyzet veszélyességi szintje közepes vagy alacsony, a gyermek és családja számára a hivatalos szerv vagy a gyermek védelmét kezdeményező intézmény *szolgáltatási tervet* készít, amelynek elsődleges célja a jövőbeli elhanyagolás vagy bántalmazás kiküszöbölése, így a gyermek és szülei elválasztásának megelőzése.

Mindkét tervnek figyelembe kell vennie a gyermek alapvető szükségleteit, mindazokat a területeket, amelyeket a bántalmazás,

elhanyagolás vagy adott esetben a szülőktől való elválasztás érinthetett (OGYH 286/2006-os rendelkezése a védelmi és szolgáltatási tervek elkészítésével kapcsolatos módszertani irányelvekről):

- a. egészségi állapot;
- b. gondozás, biztonság, jólét;
- c. fizikai és emocionális szükségletek;
- d. nevelési szükségletek;
- e. szabadidő eltöltése;
- f. szociális szükségletek, a szülőkkel, barátokkal, más fontos személyekkel való kapcsolattartás módja.

Mind a biztonsági, mind a szolgáltatási terv elkészítésekor szükséges a rendszer minden résztvevőjének számításba vétele. A hatékony beavatkozás érdekében minden terv egyéni arculatot kell mutasson (Radford és mts., 2018, 49-es Kormányhatározat). Ennek összeállítása a következő sajátosságok figyelembevételével történik: az abúzust elkövető személye, támogató személy vagy személyek, az áldozat-gyermek, a társadalmi kontextus, a bántalmazást közvetlenül kiváltható stresszforrás, valamint a megvalósítható lehetőségek figyelembe vételével történik.

A beavatkozás tevékenységeinek megtervezése során Faller (2017) felhívja a figyelmet a fokozatosság illetve prioritizálás elveire. A terveket egy vagy három hónapra készítjük, lépésről- lépésre figyelve a legfontosabbakra. A tevékenységek összeállításakor végiggondoljuk, melyek azok a legszükségletesebb szolgáltatások amelyek a legerősebb pozitív hatást vetítik előre. A gyermekek illetve családok elbátortalanodhatnak, vagy úgy érezhetik, hogy meghaladja őket a helyzet amennyiben szolgáltatások és feladatok halmazával lepjük el. Liddell, Donegan, Goddard és Tucci (2006) szerint is, a szülőknek meg kell adnunk a szükséges támogatást a változáshoz, annak érdekében, hogy a családi kapcsolatokat erősítsük.

A beavatkozási terv külön-külön fejezetben szentel figyelmet a gyermek, a család illetve a gyermek számára más fontos személy (akihez szorosan kötődik a gyermek) szükségleteire.

Fontos a rövid, illetve hosszú távú célok megfogalmazása (fokozatosság elve), valamint a beavatkozások folyamatos értékelése, szükség esetén módosításuk. Az esetkezelő mindaddig figyelemmel kíséri a szolgáltatási, illetve védelmi terv kivitelezését, amíg szükséges – azon

időpontig, amikor a gyermeknek és családjának nincs már szüksége további támogatásra.

A beavatkozási terv összeállításakor, legyen ez biztonsági vagy szolgáltatási terv, felsorolunk néhány megválaszolásra ajánlott kérdést (van Zyl és munkatársai, 2014 által bemutatottakat adaptálva):

- A beavatkozási terv tükrözi-e a felmérésben beazonosított azon szükségleteket, melyek a családtagok biztonsága és a rossz bánásmód megelőzése szempontjából fontosak a jelen esetenél?
- A terv összeállításába, a döntéshozatalba bevoltak-e vonva az egyének illetve a család (gyermek/-ek, gyámok/rokonok? Beleértve, ha fennáll az eset, a gyámsággal nem rendelkező szülőt?
- Volt-e elég figyelem fordítva a közösségi erőforrások feltérképezésére és a közösségi partnerek mobilizálására?
- Bevoltak-e vonva azok a közösségi szereplők, akik erőforrást jelenthetnek a családnak? Volt-e megfelelő figyelem fordítva a család motiválására, hogy elfogadja a közösségi partnerek segítségét?
- Az elsődleges és másodlagos családszintű célkitűzések és feladatok elég konkrétak-e és megfelelőek-e a méltányos bánásmód illetve a konkrét esetben megjelenő problémák szempontjából?
- Van-e megfelelő és a kliensek számára elérhető szolgáltatás, ami az elsődleges és másodlagos célkitűzések elérését segítheti?
- Az elsődleges és másodlagos egyéni célkitűzések és feladatok megfelelnek-e a beazonosított igényeknek?
- Az egyéni szintű célkitűzések és feladatok foglalkoznak-e az elkövető magatartásának egyéni viselkedési mintájának a változtatásával?
- Vannak-e megfelelő, a kliensek számára elérhető szolgáltatások, amelyek az egyéni célok elérését elősegíthetik?

A felmérés, beavatkozás és utánkövetés nagyfokú odafigyelést és folytonos reflexiót (is) feltételez. Habár a legtámogatottabb irányvonal a gyermek családban való maradása, a szociális munkásnak tudatában kell lennie, hogy bizonyos esetekben ez nagy kihívásokkal jár (Goddart és mts., 2018, Benbenishty és mts., 2015). A szülők maguk is szorulnak gyakran segítségre. A bántalmazás, elhanyagolás esetekben gyakran találkozhatunk a szülők mentális betegségeivel, fogyatékával, különböző típusú

függőségével (Banducci, Hoffman, Lejuez & Koenen, 2014, Forrester és Harwin, 2011) amelyeknek kezelése a szülői szerepek ellátása szempontjából is jelentős. A gyermekjóléti, vagy gyermekvédelmi perspektíva szerint viszont a szülők gondjai nem mentesítik őket azok a feladatok alól amelyek a gyermek „elég jó” ellátását, biztonságát, testi, lelki, mentális, szociális fejlődését elősegíti.

A gyermekvédelemmel foglalkozó szakemberek egyik legnehezebb döntése a gyermek családból való kiemelésének az indítványozása (Goddart és mts, 2018, Lonne és mts., 2017). A különböző modellek segítenek a gyermekvédelem szakembereinek a döntésben, valamint a védelmi, illetve szolgáltatási terv kidolgozásában, a gyermekvédelem dilemmáit azonban e modellek használata nem oldja meg (Lonne és mts., 2017). A döntések továbbra is nehezek, mivel bizonyos kockázati tényezők jelen vannak olyan személyeknél vagy kontextusokban és helyzetekben is, amelyek a valóságban nem vezetnek bántalmazáshoz. A gyermeknek a családból való kiemelését megelőző, intenzív családmegtartó programok hatékonyságát vizsgálva Al és kollégái (2012), mérsékelt eredményeket találva, kevesebb sikerességet mutatva ott ahol családon belüli gyermekbántalmazás (is) jelen volt, azt a javaslatot fogalmazták meg, hogy a hangsúlyt a kiemelés megelőzéséről a krízismanagementre lehetne elhelyezni.

Továbbra is a gyermekvédelem területének egyik kihívása az olyan vizsgálatok megvalósítása, amelyeknek az eredménye expliciten és megbízhatóan be tudná mutatni azokat az abszolút viszonyítási kritériumokat, feltételeket, amelyeket bizonyíték alapú protokollokba ültethetünk és tesztelhetünk a gyakorlatban (Bessant és Broadley, 2014). Ezek hiányában a gyermekvédelem szakemberei bizonyos beavatkozási alapelvekre, modellekre valamint saját munkatapasztalataikra és értékeikre támaszkodhatnak (Dixon és mts, 2018, Higginson, 1990-Waterhouse és Carnie 1992 nyomán).

Az egyik, hatékornak bizonyult, modell a Faller (1993) által, a családban történő szexuális bántalmazás esetekre készített (lásd lennebb, a kiemelt szöveget illetve a 4-es táblázatot) amely az abúzusban szerepet játszó tényezők felmérésétől a legmegfelelőbb beavatkozásokra vonatkozó döntésekre való áttéréshez ad irányt.

3. táblázat. A döntési mátrix elemei

A terapeutikus stratégiai döntések mátrixa abúzust elszenvedett gyermekek esetében²⁰

Az optimális eredmény, amelyet a családban rossz bánásmódnak kitett gyermek esetében elérhetünk az lenne, hogy a beavatkozás eredményeképpen a gyermek saját családjában biztonságban élhessen és megfelelő érzelmi támaszra találjon. Ez azonban egy sor tényezőtől függ:

I. Amelyek az elkövető szülőre vonatkoznak:

- az elkövetett bántalmazás súlyossága;
- a szülő által, saját tetteiért vállalt felelősség mértéke;
- más lehetséges problémája és ezek súlyossága (alkoholizmus, erőszakos viselkedés, pszichikai betegség, értelmi fogyatékos).

II. Amelyek a nem elkövető szülőre vonatkoznak:

- a gyermeket ért bántalmazás kiderülése utáni reakciója;
- az áldozattal való kapcsolatának minősége;
- az abúzust elkövető személytől való függősége;
- más lehetséges problémája és ezek súlyossága (alkoholizmus, erőszakos viselkedés, pszichikai betegség, értelmi fogyatékos).

A családok elemzése alapján a következő döntéstípusokat lehet elkülöníteni:

1. Típus:

Ha pozitív információt kapunk mind az elkövető személyre, mind a támogató családtagra vonatkozóan, a következő célokat fogalmazhatjuk meg:

- a bántalmazás megismétlődése kockázatának minimálisra csökkentése úgy, hogy az elkövetőt eltávolítjuk a gyermek közeléből, és egyéni terápiát ajánlunk számára;
- egyéni terápia a támogató szülő számára;
- egyéni terápia a gyermek számára;
- párterápia az elkövető-támogató szülőpár számára;
- a család egyesítése és a családterápia folytatása.

2. Típus:

Ha negatív információt kapunk a bántalmazást elkövető és pozitívat a támogatást nyújtó személyre vonatkozóan, az elkövető személy családból való eltávolításának irányában intézkedünk, amit a következő beavatkozások követnek:

- egyéni terápia a gyermek számára;
- egyéni terápia a támogatást nyújtó szülő számára;
- egyéni terápia az elkövető szülő számára.

3. Típus:

Abban az esetben ha negatív információkat kapunk arra a családtagra vonatkozóan, akinek a támogatást kellene nyújtania (például a személy akut

²⁰ K. Coulborn Faller, 1993, US department of Health and Human Services. Administration of children, youth and families, National Center on Child Abuse and Neglect, a The Circle, Inc., McLean által létrehozot tankönyv (A „The children’s Mental Health Alliance” , New York, 1997 jóindulatából átvett anyag).

depressziós állapotban van) és pozitívokat az elkövetőre vonatkozóan, a gyermek időleges gondozásba helyezése ajánlott (családhoz vagy intézménybe). A gyermek családba való mielőbbi visszatérésének érdekében a következő intézkedéseket kell tennünk:

- egyéni terápia mindkét szülő számára; az abúzust el nem követett szülő rehabilitációja lehetővé teszi a gyermek számára a saját családjába való visszatérést és a helyzet újraértékelését;
- egyéni terápia a gyermek számára, támogatást nyújtva az elszorított traumáért és a szülőktől való elválasztásért;
- a pár terápiája;
- a család terápiája;
- a család fokozatos újraegyesítése.

4. Típus:

Abban az esetben, ha negatív információt kapunk mindkét szülőre vonatkozóan, a gyermek hosszú távú vagy állandó gondozásba vétele ajánlott (családnál vagy intézményben).

A következő intézkedéseket kell végrehajtani:

- a szülői jogok elvesztése;
- egyéni terápia a gyermek számára;
- terápia a helyettesítő szülők számára.

4. táblázat. A családok négy típusa szerinti döntési mátrix²¹

A TÁMOGATÁST NYÚJTÓ CSALÁDTAG	AZ ELKÖVETŐ		
		Pozitív információk	Negatív információk
	Pozitív információk	1. típus A család újraegyesítésének tervezése	2. típus Az abúzust elkövető családtag eltávolítása
	Negatív információk	3. típus A gyermeket időlegesen gondozásba veszik	4. típus A gyermeket állandó gondozásba veszik

A jól előkészített, megalapozott beavatkozási stratégiák kivitelezésbeli hatékonyságra moderáló hatással van a szakemberek képzettsége, a más intézményekkel való együttműködési lehetősége, a szakember saját bántalmazási élményei, életkora, munkahelyi terheltsége (Stokes és Smith, 2012). A romániai gyermekvédelmi gyakorlatot tekintve, több tanulmány is jelzi a szakképzettség hiányosságát mellett a szakemberek (szociális

²¹ K. Coulborn Faller, 1993, US department of Health and Human Services. Administration of children, youth and families, National Center on Child Abuse and Neglect, a The Circle, Inc., McLean által létrehozott tankönyv (A „The children’s Mental Health Alliance”, New York, 1997 jóindulatából átvett anyag).

munkások és pszichológusok) túlterheltségét amely a munkájuk és ezáltal a kliens jólétének a kárára megy (Popoviciu és mts., 2012, Tonk és mts., 2012).

A beavatkozás sikerességének értékelése a gyermekvédelemben

A gyermekvédelemben használt beavatkozási típusok sokfélesége feltételezi az eredményeknek különböző kritériumokhoz való viszonyítását a kliens jellemzőinek és a munka sajátosságának megfelelően. Az értékelés komplex folyamat, melynek célja a gyakorlat javítása. Ahhoz, hogy az értékelés hasznos legyen, illetve, hogy támpontokat szolgáltatthasson a gyakorlati munka javításához, már a beavatkozás kezdetekor meg kell tervezni. Ez azt jelenti, hogy a beavatkozás tervének magában kell foglalnia az értékelés mutatóit, melyeket a változás eléréséhez kitűzött periódus elején és végén kell mérni. A változás mutatóit világosan kell megfogalmazni, viselkedési terminusokban, amelyek magukban foglalják a megfelelő, illetve a nem megfelelő viselkedés gyakorisági mutatóit a beavatkozás előtt, a beavatkozás által megcélzott, illetve a változás eredményeképpen kapott mutatókat egyaránt. Az értékelés folyamatának ábrája a következőképpen mutat:

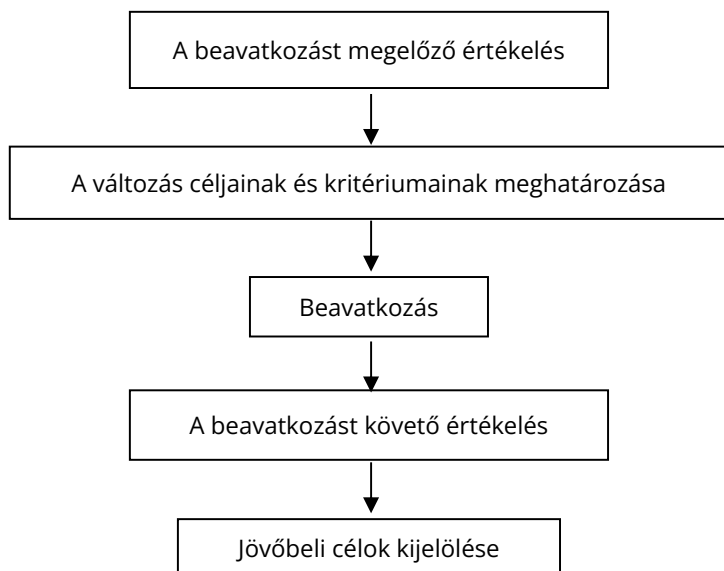
A gyermekvédelemben a beavatkozások minőségében a haladás éppen az eredmények értékelésének nyomán jött létre, a hatékony beavatkozás kiterjesztése révén.

A gyermekvédelem terén kifejtett tevékenységek klasszikus viszonyítási alapja a gyermek által elért pszichikai, fizikai és viselkedésbeli fejlődés szintje (egészségi állapotuk, az életkori normákhoz viszonyított fejlődési szintjük, a viselkedésük szociális normáknak megfelelő mértéke, iskolai haladásuk, interperszonális kapcsolataik, önészlelésük és jövőperspektívájuk).

M. Hill és munkatársai (1996) szerint a gyermekekre irányuló intervenció sikerének helyes értékeléséhez nem elég a standard gyermekcsoport mutatóihoz való viszonyítás eredményeképpen kapott végső mutatókat figyelembe venni, hanem tekintettel kell lennünk egy sor, a segítségnyújtás folyamatára vonatkozó mutatóra is. Ugyanezen szerzők szerint ahhoz, hogy

a kimutatott fejlődés valóban a szakemberek intervenciójának eredménye legyen, olyan specifikus mutatókat kell kiválasztanunk, amelyeknek a változása a vizsgált periódusban ne a gyermek érési folyamatának, a krízis legyőzésének, vagy a gyermek és családja életében megjelenő más, nem kontrollált tényezőnek az eredménye legyen.

Zyl és munkatársai (2014) a gyermek fejlődési tényezőinek beiktatását az értékelési folyamatba kiegészíti a család fejlődési folyamatának illetve a jelentős családi események (például krízishelyzetek értékelése-) a feltérképezésével és figyelembe vételével. Ha az elhanyagolás egy családtag (főleg ha az egyik szülő vagy gyerek) halála után történik, a javuló helyzet lehet a természetes következménye a krízis megszűntének, a gyászfeldolgozási folyamat lezajlásának.



1. ábra. A beavatkozási folyamat értékelése

Másik tényező, mely az értékelési folyamat eredményét torzíthatja, az időtartam. Ha ez túl rövid, megtörténhet, hogy a kezdeti pozitív eredményeket utólag stagnálás kövesse. Így például, ha a Head Start intervenciók programok – melyeknek célja a hátrányos helyzetű családokból származó gyermekek intelligenciahányadosának növelése volt – alkalmazása utáni első években a célcsoport jelentős fejlődését figyelték meg a kontrollcsoporthoz viszonyítva, később az intelligencia hányados fejlődése

megszűnt (Spitz, 1993). Ez azonban nem az ilyen típusú beavatkozási programok hatékonyságának hiányát, hanem a tesztekkel mért intelligenciahiánnyadoson kívül, más értékelési kritériumok bevezetésének szükségességét jelentette.

Hill és munkatársai (1996), van Zyl és munkatársai (2014) szerint általában a szociális munka eredményeinek értékelési folyamatában, de különösen azokban az esetekben, amikor az érintettek gyermekek, figyelembe kell venni annak a személynek a véleményét is, akire az intervenció irányul (a kliensét). A gyermekek esetében (a fentebb már említett ellenjavallt helyzeteken kívül) a szülők bevonását is jelenti. Ezáltal ellehet érni, hogy a szakember erőttöbbletét ne a fölöttük hanem a velük levő erőként éljék meg- mutatta ki Dumbrill (2005) egyik kutatása, amelyben a szülők gyermekvédelmi szolgálatokkal kapcsolatos élményeiket vizsgálta.

A szerzők következő, értékelési mutatókat ajánlják a gyermek illetve a felnőtt kliensre vonatkozóan:

- Melyek voltak az eredeti probléma hatásai?
- Melyek voltak a kliens/-ek reményei és milyen mértékben valósultak meg?
- Mennyire elégedettek az intervenció program résztvevői?
- A kliensnek (kiskorúnak) volt-e valami haszna- a biztonság megélésében és azon túl?
- Létezett-e javulás azon problémák esetében, amelyek a társadalmi elvárásokkal szembeni konfliktust fejezték ki a család tagjainak egyéni szintjein (mint például az iskolai teljesítmény javulása, vagy a törvénybe ütköző cselekményekkel való felhagyás)?
- Létezett-e javulás a bántalmazó magatartású személy viselkedésében?

Az intervenciók értékelési keretének kibővítése érdekében az említett szerzők gyermekek esetében a következő típusú értékelést ajánlják:

1. A végső helyzet mutatói:

A fejlődés mutatóinak felhasználásával feljegyzik az értékelési fázis pozitív és negatív eredményeit, melyeket összehasonlítanak a kezdeti értékelés eredményeivel.

2. A változások mutatói:

Bizonyos minőségi változások mutatóit, illetve a fejlődési mutatókban létrejövő lényeges javulás jelenlétét vagy hiányát követik figyelemmel.

3. A célok mutatói:

Ezek a mutatók elemzik az intervencióval kapcsolatos elvárások és kezdeti célok megvalósulásának mértékét.

4. Az elégedettség mutatói:

Ez az értékelés a szociális szolgáltatások címzettjeinek a helyzetük javulásának mértékére vonatkozó véleményére és a résztvevők elégedettségének és elégedetlenségének ismeretére helyezi a hangsúlyt.

5. A prognózis mutatói:

Ebben az esetben figyelembe kell vennünk azokat a társadalmi kritériumokat, amelyek nem csak a tényállás felmérését, hanem a kiskorú jövőperspektívájának a felmérését is lehetővé teszik. Ezek a kritériumok nagyon fontosak a gyermek családon kívüli elhelyezésének mérlegelése esetén, a családban élő bűnelkövető gyermek különleges felügyelete esetén vagy olyan esetben, amikor az abúzus kockázatának kitett gyermeket a családban marad (ha a bizottság a gyermek családban maradása mellett dönt, családterápia jellegű intervenció alkalmazása mellett).

Bemutatunk *néhány értékelési kritériumot a sikeresség meghatározására a gyermek családon kívüli elhelyezése esetében:*

- Az elhelyezés az előre eltervezett ideig tartott (nem hosszabbították meg a tervezett időn felül)?
- A természetes család szempontjából az elhelyezés hatékony volt? (csökkentette a stressz szintjét, lehetőséget nyújtott a gyermeknevelésre való jobb felkészülésre, megoldotta a lakásproblémát stb.).
- Elértük-e a gyermekre vonatkozó céljainkat? (például: az iskola folytatása osztályismétlés nélkül, a gyermek önértékelésének visszanyerése, a gyermek fizikai stabilizációja stb.)
- Mi követte az elhelyezést? Különösen a gyermek családjába való visszatérésének vagy alternatív gondozási formákba való elhelyezésének esélyeit követjük nyomon.

Olyan skálákat alkalmazhatunk, amelyek a következő dimenziókat célozzák meg: egészség, nevelés, interperszonális kapcsolatok, emocionális és viselkedésszerű fejlődés, kompetencia és önkiszolgálási képességek, önértékelés és identitás. Ajánlott standardizált skálákat alkalmazni, mint a Rutter által standardizált „viselkedés skála” és Coopersmith „önértékelés kérdőíve”. Vagy a Derakhshanpour és kollegái (2017) által, 68 bántalmazott

gyermek esetében nyújtott pszichoszociális szolgáltatások felmérése használt eszközök közül: az Arabgol és munkatársai által kidolgozott Gyermekbántalmazási Ellenőrzőlistát- Child Abuse Checklist, a Gyermek erősségei és nehézségei Kérdőív- Child's Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Goldberg & Hillier (1979) által kidolgozott Általános Egészség Kérdőív- General Health Questionnaire (GHQ). További hasznos eszközök lehetnek az ICAST kérdőívek közül a gyermekeknek illetve a szülőknek szóló változatai (Antal és mts., 2012), a Friedrich által kidolgozott A Gyermek Szexuális Viselkedésének Leltára- CSBI-I, az elhanyagolás felmérésére kidolgozott Multidimenzionális Elhanyagoló Viselkedés Skálája- Multidimensional Neglectful Behavior Scale, MNBS-CR (Cristescu és mts., 2017). A szülők, szülői szerepeik ellátását illeti, használhatjuk például a Szülői Kompetenciák Vizsgálati Kérdőívét- CCI (Glăveanu, 2012).

Az eszközök kiválasztását meghatározza a felmérés célja, a válaszoló személyek jellemzői, az eset sajátosságai valamint a felmérő személy szakmai felkészültsége.

A komplex és átfogó elemzés érdekében figyelembe kell venni a segítség folyamatában résztvevő más személyek értékelését is, mint például tanügyi káderek, nagyszülők, más rokonok, orvosok stb.

van Zyl és munkatársai (2014) 4559 bántalmazási esetben végzett, Megoldásalapú Esetkezelés-i (Solution Based Casework) modell alapján történő beavatkozásnak hatékonyságát vizsgálták azzal a céllal, hogy az eredményességet pozitívan befolyásoló tényezőket beazonosítsák. A kutatócsoport következtetéseiben kiemeli, hogy a gyermekvédelmi rendszernek néhány alaptémára kéne fókuszálnia: a közösség, a tág- illetve a szűk család tagjaihoz való tiszteletteljes és kulturálisan érzékeny hozzáállás b) a rossz bánásmód megfontolt értelmezése és elhelyezése a családi fejlődés kontextusában c) rossz bánásmódhoz vezető tényezők beazonosítása és kiküszöbölése valamint d) a családi erősségek és erőforrások feltérképezése. Ami az esetkezeléseket illeti a következő hatékonysági tényezőket emelik ki: a). a felmérési eredmények megfontolt összekapcsolása az egyéni és családi szinten felállított célokkal és elvárásokkal, b). a gyermek és a mindkét szülő közti rendszeres láthatás c). a család- és egyéni szintű célkitűzéseket támogató szolgáltatások valamint,

d). a család támogatását szolgáló utógondozás biztosítása (van Zyl és mts., 2014, 461 old).

Irodalomjegyzék

- Antal, I., Roth, M., Mezei, E., Dávid-Kacsó, Á., Voicu, C., Szász, R. (2012). The Balcan Epistemological Study on Child Abuse and Neglect (BECAN) in Romania, *Revista de Asistență Socială*, Anul XI, Nr.2/ 2012, 51-65.
- Baciu, C & Muresan, A (2022) Case management in child abuse. *Revista Universitară de Sociologie – Year XVIII*, Issue 3/2022, 109-121
- Banducci, A.N., Hoffman, E.M., Lejuez, C.W. & Koenen, K.C. (2014). The impact of childhood abuse on inpatient substance users: Specific links with risky sex, aggression, and emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect*, 38, 928–938.
- Benbenishty, R., Davidson-Arad, B., López, M., Devaney, J., Spratt, T., Koopmans, C., Knorth, E. J., Witteman, C. L. M., Del Valle, J. F., & Hayes, D. (2015). Decision making in child protection: An international comparative study on maltreatment substantiation, risk assessment and interventions recommendations, and the role of professionals' child welfare attitudes. *Child Abuse & Neglect*, 49, 63–75. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.015>
- Bessant, J. & Broadley, K. (2014). Saying and doing: Child protective services and participation in decision making. *International Journal of Children's Rights*, 22, 710–729.
- Cristescu, D., Visu-Petra, L., Băban, A. (2017) Evaluarea copilului maltratat. In Enea, V., Dafinoiu, I (szerk.) *Evaluarea psihologică. Manualul psihologului clinician*, Editura Polirom, București.
- Dale, P. (2004). Like a fish in a bowl: Parents perceptions of child protection services. *Child Abuse Review*, 13(2), 137–157. <https://doi.org/10.1002/car.837>.
- Dumbrill, G.C. (2005) Parental experience of child protection intervention: A qualitative study., *Child Abuse & Neglect*, 30, 27–37. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.08.012>.
- Derakhshanpour, F., Hajebi, A., Panaghi, L., Ahmadabadi, Z. (2017) Effectiveness of psychosocial interventions in abused children and their families, *Medical Journal I.Rep.I*, 31-49. <https://doi.org/10.14196/mjiri.31.49>.
- Faller, K.C. (2017) Interventions for Physically and Sexually Abused Children, in *Encyclopedia of Social Work*, National Association of Social Workers Press and Oxford University Press.

- Faller, K. C. (1988). Decision-making in cases of intrafamilial child sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(1), 121–128. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1988.tb01571.x>
- Flynn, M. H. és Starns, B. (2004). *Protecting Children: Working together to keep children safe*. Oxford: Heinemann.
- Forrester, D. és Harwin, J. (2011). *Parents who misuse drugs and alcohol: Effective interventions in social work and child protection*, Wiley-Blackwell, Chichester.
- Glăveanu, S.M. (2012). *Competența parentală - Modele de conceptualizare și diagnoză*. Editura Universitară București.
- Goddard, C., Broadley, K and Hunt, S. (2017) Children's Services: Toward Effective Child Protection in Dixon, L., Perkins, D.F., Hamilton-Giachritsis C., Craig, L.A. (eds.) *The Wiley Handbook of What Works in Child Maltreatment. An Evidence-Based Approach to Assessment and Intervention in Child Protection*. John Wiley & Sons, Chichester, 131–150.
- Goddard, C. (1996). *Child Abuse and Child Protection: A Guide for Health, Education and Welfare Workers*, Churchill Livingstone, Melbourne.
- Hill, M., Triseliotis, J., Borland, M., Lambert, L. (1996). *Outcomes of social work interventions with young people*. London: Jessica Kingsley Pub. Ltd., 260–262.
- Kapp, S. and Vela, R. (2004). The unheard client: Assessing the satisfaction of parents of children in foster care. *Child and Family Social Work*, 9, 197–206.
- Killén, K. (1997). *Copilul maltratat*. Editura Eurobit Timișoara.
- Liddell, M., Donegan, T., Goddard, C. & Tucci, J. (2006). *The state of child protection: Australian child welfare and child protection developments*. Melbourne: Australian Childhood Foundation, Child Abuse Prevention Research Australia.
- Littlechild, B. (2005). The stresses arising from violence: Threats and aggression against child protection social workers. *Journal of Social Work*, 2005, 5, 61–82.
- Lonne, B., Harries, M., Featherstone, b., és Gray, M. (2016). *Working ethically in child protection*. Routledge, New York.
- Novik és Novik (2014). *Szülőkkal való munka a gyermekterápiában*. Animula kiadó, Budapest.
- Pearson, R. (2009). Working with Unco-operative or Hostile Families, in Hughes, L. és Owen, H (eds.) *Good Practice in Safeguarding Children. Working Effectively in Child Protection*, Jessica Kingsley Publishers, London, 85-103.

- Popoviciu, S., Popoviciu, I., Costea, D., Bara, D., Drăgan, E. (2012) Engaging Mothers in Romanian Child Protection Services: Caseworkers' Perspectives. *Revista de Asistență Socială*, anul XI, nr. 2/2012, 103–111.
- Radford, L., Foster, H.R., Barter Ch., Stanley, N. (2018) *Rapid Evidence Assessment: What can be learnt from other jurisdictions about preventing and responding to child sexual abuse*. <https://knowledge.lancashire.ac.uk/id/eprint/18215/>, letöltve 2024 május 12.
- Saunders, B.E. (2015). Expanding evidence-based practice to service planning in child welfare. *Child Maltreatment*, 20(1), 20–22.
- Saxena, D., Badillo-Urquiola, K., Wisniewski, P. J., & Guha, S. (2020). A Human-Centered Review of Algorithms used within the U.S. Child Welfare System. *Proceedings of the 2020 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*. <https://doi.org/10.1145/3313831.3376229>
- Saxena, D., Moon, E. S.-Y., Chaurasia, A., Guan, Y., & Guha, S. (2023). Rethinking “Risk” in Algorithmic Systems Through A Computational Narrative Analysis of Casenotes in Child-Welfare. *Proceedings of the 2023 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*. <https://doi.org/10.1145/3544548.3581308>
- Stanley, J. & Goddard, C. (2002). *In the Firing Line: Violence and Power in Child Protection Work*, John Wiley & Sons, Ltd, Chichester.
- Stokes, J., Schmith, G. (2012). Child Protection Decision Making: A Factorial Analysis Using Case Vignettes, *Social Work Volume*, 57(1), 83–90. <https://doi.org/10.1093/sw/swr007>.
- Varga K. (2008) *Pszichológus etika: 99 dilemma tükrében*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Tonk, G., Adorjáni, J. & László, É. (2012). Providing Services to Maltreated Children and Their Families. Some Findings of Romanian Case Based Surveillance Study. *Revista de Asistență Socială*, anul XI, nr. 2/2012, 91-103.
- van Toledo, A., Seymour, F. (2013) Interventions for caregivers of children who disclose sexual abuse: A review., *Clinical Psychology Review*, 33(6), 772–781. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.006>.
- van Zyl, M.A., Barbee, A.P., Cunningham, M.R., Antle, B.F., Christensen, D. N.és Boamah, D. (2014) Components of the Solution-Based Casework Child Welfare Practice Model That Predict Positive Child Outcomes, *Journal of Public Child Welfare*, 8(4), 433–465. <https://doi.org/10.1080/15548732.2014.939252>.

Törvények és rendeletek:

LEGE nr. 272 din 21 iunie 2004 (**republicată**) privind protecția și promovarea drepturilor copilului, Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 159 din 5 martie 2014, cu modificările ulterioare

HOTĂRÂRE nr. 49 din 19 ianuarie 2011 pentru aprobarea Metodologiei-cadru privind prevenirea și intervenția în echipă multidisciplinară și în rețea în situațiile de violență asupra copilului și de violență în familie și a Metodologiei de intervenție multidisciplinară și interinstituțională privind copiii exploatați și aflați în situații de risc de exploatare prin muncă, copiii victime ale traficului de persoane, precum și copiii români migranți victime ale altor forme de violență pe teritoriul altor state, publicat în Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 117 din 16 februarie 2011

Ordinul nr. 286/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice privind întocmirea Planului de servicii și a Normelor metodologice privind întocmirea Planului individualizat de protecție, publicat publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 656 din 28 iulie 2006

10.

A TANÁCSADÁS BÁNTALMAZOTT, ELHANYAGOLT GYERMEKEKKEL ÉS CSALÁDJUKKAL

Antal Imola

Láthattuk az előbbi fejezetekből, hogy a gyerekekkel és felnőttekkel való pszichológiai munka elkerülhetetlen a bántalmazott, elhanyagolt gyermek érdekében végzett gyermekvédelmi munkában, melynek legfőbb céljai:

- a bántalmazás, elhanyagolás következményeként kialakult tünetek enyhítése;
- a gyerek biztonságának kialakítása, a jövőbeli bántalmazás, elhanyagolás kockázatának csökkentése.

A gyerekekkel való munka elsősorban az első célkitűzésre összpontosít, a támogató személy terápiája mindkettőre, az elkövetővel való munka pedig elsősorban a másodikra.

Tanácsadás gyerekekkel

Bántalmazást, elhanyagolást követően a gyógyulás az emberi kapcsolatokban valósul meg. Amellett, hogy ki kell alakítani a biztonságos környezetet és kezelni kell a következményeket, újra fel kell építeni a

bizalmat és kialakítani a pozitív emberi kapcsolatokat (Perry & Szalavitz, 2019).

A gyerekekkel végzett pszichológiai munkának az egyik fő célja a bizalom helyreállítása vagy kialakítása. A bántalmazott gyerekek bizalma sérült, hiszen általában az elkövető nagyon gyakran egy bizalmi személy. A családon belüli bántalmazás esetében az a személy sértette meg durván a határait és okozott fájdalmat számára, akinek gondoskodnia kellett volna róla. Ha a másik szülő nem támogatja, pl. szexuális bántalmazás esetében nem hisz neki vagy nem védi meg, bizalma tovább sérül. Még családon kívüli bántalmazás esetében is gyakran előfordul, hogy a gyerek azt hiszi, hogy a szülei tudnak az esetről és beleegyezésüket adták, vagy nem védték meg. A tanácsadás keretében a gyermek bizalmi kapcsolatot alakíthat ki egy felnőttel. Ehhez nyilván szükséges egy biztonságos hely, valamint egy megbízható személy – a bizalmi kapcsolat keretei között elindulhat egy új alkalmazkodás, mely előremozdíthatja megakadt fejlődését. A segítő feladata olyan körülményeket teremteni, amelyek között pozitív tapasztalatokat szerezhet megbízható felnőttekkel (Doyle, 2006).

Fontos szempont, hogy a segítő legyen megbízható. Ne ígérjen olyasmit a gyermeknek, amit nem tud teljesíteni. A gyermeknek joga van az információkhoz, fontos, hogy ne tartsuk titokban, ha a sorsa alakulásáról valamit tudunk. Ha a gyermeknek kérdései vannak azzal kapcsolatban, hogy ki fogja megtudni azt, amit a szakembernek mondott, fontos megnyugtatnunk, hogy csak olyanok fognak tudni róla, akik segíthetnek.

Fontos, hogy a gyermek tudja, hogy kik vagyunk és megértse, hogy miért jár a segítőhöz: egyszerűen, a gyermek nyelvén pl. „mert hallottuk, hogy gondjaid voltak otthon és szomorú vagy”.

A biztonságérzés kialakítása érdekében a foglalkozásoknak rendszereseknek kell lenniük, lehetőleg a hétnek ugyanazon napján, ugyanabban az órában történjenek a találkozások. Minimum 4 találkozásra van szükség, de bármit is terveztünk, ha a gyermek valami nagyon kellemetlen dolgot mond el az utolsó foglalkozás során, újabb találkozásra van szükség (Doyle 2006). Ha a gyermek megosztotta valakivel gondjait és a szakember nem hívja őt vissza, azt hiheti, hogy olyan szörnyeteg, akivel nem óhajtanak többé találkozni. Az egyéni foglalkozás befejezésére fel kell

készítenünk, a befejezés közeledtével hasznos lehet minden ülésen elmondani, hogy még hány találkozót tartunk.

A segítő foglalkozásokon a gyerek megmutatja annak a módját, ahogyan a bántalmazási helyzethez alkalmazkodott. A segítő megfigyelheti a nem adaptív viselkedést, felismeri és segít kijavítani azokat a kóros interakciós mintákat, amelyeket a gyermek ismét, és amelyek újra és újra az áldozat szerepébe sodorhatják. A munka eszköze elsősorban a játék. A gyermekek legfőbb kommunikációs módja a játék, ez nem jelenti azt, hogy beszélgetésre nincs is szükség. A beszélgetést segíthetjük babákkal, rajzokkal, játékokkal. A strukturálatlan játék jó módja lehet a feszültségek oldásának, új kapcsolati módok kialakításának. Fontos viszont, hogy a közös munkánknek legyenek meg a keretei, ha hiányzik a struktúra, a gyermek megijedhet, hogy elveszítjük az irányítást.

Az egyéni foglalkozások mélysége és tartalma igen különböző lehet. Egy súlyosan bántalmazott gyermeknek általában hosszú időre van szüksége ahhoz, hogy megtanuljon valakihez kötődni, valakiben bízni. Briere szerint (2019) a sikeres terápiás munka legfontosabb hatótényezője a segítő kapcsolat, függetlenül a terápián alkalmazott módszerektől és technikáktól.

Biztonság és kompetencia megteremtése

Van der Kolk (2014) szerint a komplex traumát elszenvedett gyerekeknek először meg kell tanulniuk megnyugodni, az izgatottságuk és erős érzelmeik fölött uralkodni, illetve kilépni a dermedtség állapotából. A túlzott zaklatottság azonnal észrevehető abban, hogy képtelenek lazítani és rendkívüli mértékben ingerlékenyek. A dermedt reakciójú gyerekek kerülnek a tevékenységekben való részvételt, mivel minden feladat váratlanul egy traumatikus ingerré válhat.

Ahhoz, hogy az önszabályozást megtanulják, eleinte segíteni kell őket abban, hogy a figyelmük olyan tevékenységekre irányuljon, amelyek:

1. nem emlékeztetik őket a traumával kapcsolatos ingerekre, és
2. az élvezet és kontroll érzését váltja ki.

A *biztonság, előreláthatóság és tevékenységekkel járó pozitív élmények* elengedhetetlenek ahhoz, hogy kialakíthassuk a történések megfigyelésének képességét, és a fiziológiai és motorikus önszabályozást. Csak miután a gyerekekben kifejlődött a képesség, hogy kellemes tevékenységekre

tudjanak összpontosítani anélkül, hogy szétszórtak legyenek, lesz esélyük arra, hogy más gyerekekkel játszanak, részt vegyenek egyszerű csoportos tevékenységekben, és megbirkózzanak összetettebb problémákkal.

Az önszabályozás mindenekelőtt egy fizikai tapasztalat: az érzés, hogy felelősek vagyunk, nyugodtak és képesek vagyunk erőfeszítéseket mozgósítani a kitűzött céljaink elérése érdekében. A „dermedt” reakciójú gyerekeket a kíváncsiságuk felébresztésében és a környezetük felfedezésében kell segíteni. A semleges, „szórakoztató” feladatok és testmozgást feltételező játékok által megtudhatják, hogy milyen érzés ellazulni, ugyanakkor a testük feletti uralom érzését nyújthatják.

Pszichoedukáció

A traumák jellemzőiről, dinamikájáról, következményeiről való beszélgetést nagyon sokat segíthet a túlélőnek abban, hogy megértse reakcióit és integrálja tapasztalatait. A bántalmazás pillanataiban a túlélőt elborítják az érzések, figyelme beszűkült, akár úgy érezheti, hogy nincs is saját testében, ráadásul az elkövető manipulálhatja, ő maga pedig az életkorából kifolyólag nem megfelelően érett, így nem feltétlenül értékeli a helyzetet koherensen és a valóságnak megfelelően. Ezért hasznos lehet, ha akár az egyéni beszélgetés során, akár egy csoport tagjaként, információkat kap a traumák természetéről és hatásairól. Fiataloknak vagy olyan felnőtteknek, akik gyermekkori traumákat szeretnének feldolgozni, olvasmányokat is adhatunk, információs anyagokat vagy akár könyveket is, mint pl. Judith Herman *Trauma és Gyógyulás* vagy S Susan Forward *Mérgező szülők című munkái*, mindkettő magával ragadó olvasmány és amellett, hogy a saját tapasztalataikhoz hasonló élményekről olvashat, önsegítő módszerekről is információkat szerezhet.

Briere és Scott (1915) szerint a következő témákat hasznos érinteni a pszichoedukációs üléseken:

- *Gyakorisági adatok* – segíthetnek abban, hogy az áldozat ne érezze magát egyedül
- *A bántalmazással, erőszakkal kapcsolatos leggyakoribb tévhitek* – az erőszak áldozatai gyakran hiszik, s kapják a környezetüktől a visszajelzést,

hogy ők maguk voltak rosszak. A *téves hiedelmek átbeszélése* fontos a büntudat, az önhibáztatás csökkentése érdekében

- *A bántalmazó viselkedés motivációjának megértése* segítheti a túlélőt, hogy a felelősséget az elkövetőre helyezze, s ne magára.
- *Tipikus reakciók az erőszakra*- érdemes megemlíteni a disszociációt, azt az élményt például, hogy valaki kilépik a saját testéből, a megkönnyebbülést hogy életben maradt, a Stockholm szindrómát (valamiféle kötődés alakul ki az elkövetőhöz, még akkor is, ha az idegen). A túlélő megkönnyebbülést érezhet, ha úgy érzi, mindezek normális reakciók, csökkenhet a büntudata és a saját maga hibáztatása.
- *A traumák hosszú távú hatásai*- érdemes beszélni az általános és logikus következményekről, mint az emléketörések, rémálmok, lefagyás, izgatottság, bizalmatlanság, intimitástól való félelem, stb. Azáltal, hogy a következmények bejósolhatóak, csökken s poszttraumás szorongás és nő a segítőtbe vetett bizalom.
- *A tünetek átkeretezése, mint a traumák feldolgozásának kísérletei* – a poszttraumás stressz zavar egyes tüneteit egyértelműen át lehet keretezni, pl a trauma ismétlése a megértés és az integrálást szolgálhatja, az elkerülő reakciók a magas izgalmi szint csökkentésére alkalmasak.
- *Biztonsági tervek* – abban az esetben, amikor az elkövető találkozhat a gyerekekkel, fontos kidolgozni egy stratégiát arra, hogy hogyan kerülheti el a találkozást, vagy kitől és hogyan kér segítséget, ha véletlenül találkoznak. Gyerekek esetében nyilvánvalóan elsősorban a szülővel dolgozunk a biztonsági terven, de bizonyos feladatok a gyerekekre is hárulhatnak.

Kisebb gyerekek esetén meg kell tanítani a gyereket arra, hogy felismerje a veszélyt, ez sokszor azzal kezdődik, hogy megtanítjuk azonosítani a félelem jeleit. A bizalmi személyek és biztonságos helyek azonosítása, annak a megbeszélése hogyan és kitől kérjen segítséget hozzásegíthetik, hogy biztonságban érezze magát (Weeramanthri, 2013).

Bántalmazás központú terápiás megközelítések

Több szerző szerint is a bántalmazás következményeinek a csökkentésében a leghatékonyabbnak bizonyuló egyéni beavatkozás a traumaközpontú kognitív terápia (Briere és Scott, 2015).

Van néhány alapfeltevés, amely az bántalmazás központú terápiás megközelítés alapját képezi:

1. A bántalmazásnak specifikus tünetei vannak.
2. A terápiának gyógyító és preventív jellege van.
3. Hasznos a gyermek számára, ha látja az összefüggéseket a bántalmazás és saját tünetei között, így megértheti, hogy érzései, viselkedése a nehéz tapasztalatokra adott normális válaszreakciók. Ilyen módon azok a tünetek és reakciók is, amelyek fájdalmasak vagy meggátolják a gyermeket az alkalmazkodásban pozitív megküzdési reakciókként értelmezhetők, amelyeket, bár az eredeti helyzetben hasznosnak bizonyultak, a bántalmazás megszűnésével érdemes megfelelőbbekkel helyettesíteni.

A bántalmazás központú megközelítések általában a következő elemeket tartalmazzák (Finkelhor 1994, Doyle 2006, Fitzgerald és Cohen, 2012):

1. A bántalmazással kapcsolatos érzelmek kifejezésre juttatásának bátorítása (pl. düh, ambivalencia, félelem).
2. A bántalmazás hatására kialakult tévhitek tisztázása, amelyek a személy önmagáról és másokról alkotott negatív elképzeléseihez vezetnek (pl. önvádaskodás).
3. A bántalmazás hatására kialakult viselkedési problémák kezelése (pl. szexualizált viselkedés, agresszivitás).
4. Olyan készségek tanítása, amelyek segítségével a bántalmazás a jövőben megelőzhető.
5. A stigmatizáltság és izoláció csökkentése.

Az érzelmek kifejezésre juttatása

Ahhoz, hogy a gyerek érzelmei feldolgozhatókká váljanak, kell beszélnie egy keveset a bántalmazásról. Nem szükséges részletes beszámoló, de ahhoz, hogy megértse a szakember a gyermeket, ismernie kell valamennyit az élményeiből. Az élmények bemutatásához felhasználható bármilyen eszköz, ami megkönnyítheti a feltárulkozást: (babák, babaház,

rajz, amelyen pl. megmutathatja, hogy milyen szobát nem szeret, hol érzi biztonságban magát).

A bántalmazásra adott érzelmi reakciók közül a leggyakoribb a bűntudat: a gyermek valamilyen formában felelősnek érzi magát az eseményekért. A segítő feladata segíteni őt abban, hogy megértse és elfogadja, hogy nem az ő hibája, ami vele történt. A felnőtt bántalmazta őt, nem pedig fordítva – és ez még akkor is így van, ha bizonyos szempontból valami hasznot húzott az eseményből (pl. ajándékot kapott, vagy kitüntetett pozíciót élvezhetett a testvéreivel szemben). Igénye lehet arra, hogy valamilyen magyarázatot kapjon az eseményekre. Meg kell értenie, hogy a felnőttek feladata, hogy védelmezzék a gyerekeket és megakadályozzák a bántalmazást.

A bántalmazás kiváltotta másik két leggyakoribb reakció a szorongás és félelem. A szorongás és félelem hatására kialakult elkerülő reakciókkal a szakember csak azután foglalkozhat, miután megbizonyosodott arról, hogy a gyereket már nem bántalmazzák. Ekkor fokozatosan olyan intervenciókat tervezhet, amelyek segítségével lépésről lépésre kiküszöbölhető az elkerülő reakciók (eszközként használhat beszélgetést, játékot, expozíciót).

Fontos téma lehet még a harag – a haragot a gyermekek gyakran maguk ellen fordítják különböző önkárosító viselkedések formájában. Hasznos lehet, ha lehetőséget teremt a segítő arra, hogy a gyermek a saját haragját felismerhesse és kifejezhesse.

Tévhitek, negatív elképzelések tisztázása

Az a gyerek, akinek fájdalmat okoztak a hozzá legközelebb álló felnőttek, eredendően rossznak érezheti magát – így próbálva értelmet adni világának. A felnőtt, akit ő tisztel és szeret, nem tévedhet – csakis azért történnek vele ilyen dolgok, mert ő rossz: miért nem verik a szomszéd gyereket is? Azt hiheti, hogy ha jobb lenne, a szülei jobban szeretnék. A szakember segíti őt abban, hogy önbecsülését visszanyerje, ne csak a bántalmazás áldozatának tekintse magát. Hasznos lehet minden olyan tevékenység, amely sikerélményt nyújthat, és amely az énjét erősíti.

Néha a testével kapcsolatban vannak negatív elképzelései: bemocskolódott, valami elszakadt belül, a belső szervei megsérültek, már

nem ép, más, mint a többi gyermek. Ilyenkor segíthet, ha az emberi test felépítéséről, a nemi szervek szerkezetéről és működéséről beszélgetünk vele.

A kezelés fontos részét képezi annak a megbeszélése, hogy mit jelent a bántalmazás. Mi a különbség az engedetlenségre adott válasz és az erőszakos viselkedés között. Kérdéses lehet számára, hogy miért nem helyénvaló a szexuális tevékenység egy felnőtt és egy gyerek között, valamint, hogy miért bántalmazzák egyes felnőttek. Életkortól függ, hogyan tárgyaljuk ezeket a témákat. E kérdések megbeszélésének egyik leghatékonyabb színtere a csoport. Segédeszközként használhatunk analógiákat, történeteket, meséket, játékokat, rajzokat.

Olyan készségek tanítása, amelyek segítségével a bántalmazás a jövőben megelőzhető

A bántalmazás nem a gyerekek felelőssége. A felnőtt az, aki gátat vethet a bántalmazásnak. Ha egy felnőtt bántani akar egy gyermeket, valószínűleg fog neki sikerülni, függetlenül attól, milyen készségei vannak a gyermeknek. Mit tanulhat akkor meg a gyerek? Kifejezni az igényeit, azt, hogy más szerepek is léteznek, mint áldozat vagy agresszor, felismerni a bántalmazást, és segítséget kérni.

A bántalmazási helyzetben a gyermek átéli a kiszolgáltatottságot, a tehetetlenséget, azt, hogy neki alá kell vetnie magát a másik személy akaratának, és gyakran e modell szerint viselkedik kortársaival is. A segítővel való munka során megtanulhatja, hogy nemcsak alá- és fölérendelt szerepek léteznek, hanem egyenlő felek kialakulhatnak a kapcsolatuk feltételeit. Egyéni munkában sokat tanulhat a szakembertől, a csoportnak viszont az az előnye, hogy ki is próbálhatja készségeit: megtanulhatja kifejezni az igényeit, képviselni az érdekeit, együttműködni másokkal.

Fontos megtanulnia, hogy vannak jogai. Meg kell tanulnia, hogy jogos elvárás, hogy a szülők gondozzák.

Szexuálisan bántalmazott gyermekek esetében fontos téma a titkok kérdése. Különbséget tehetünk jó titkok és rossz titkok között: a jó titkokat öröm megtartani (pl. egy születésnap meglepetés). A rossz titkok vegyes érzéseket keltenek, félelemmel tölthetnek el, bűntudatot okozhatnak, nehéz

őket megtartani, és nem is kell. Meg kell tanulnia, hogy kérjen segítséget olyankor, amikor egy felnőtt vagy egy gyermek olyan titkok megtartására kéri, amelyek számára kellemetlenek, kényelmetlenek, rossz érzésekkel töltik el. Ahhoz, hogy felismerhesse a jövőben a bántalmazást, fontos, hogy az érintések kérdésével is foglalkozzunk. Tiltakozhat, amikor olyan érintésekkel találkozik, amelyek nem okoznak egyértelműen kellemes érzéseket, amelyekről zavarba jön, amelyekről legszívesebben elhúzódná, amelyek büntudatot vagy félelmet keltenek.

A stigmatizáltság és izoláció megszűnése

A bántalmazott gyermek gyakran másnak, megbélyegzettnek érzi magát: „más gyermekek nem hordoznak olyan szörnyű titkokat”, „más családokban nem történnek ilyen borzalmak”. Fontos, hogy hallja, hogy nincs egyedül, hogy másoknak is vannak hasonló tapasztalataik. A bántalmazott gyermekek számára szervezett csoportoknak éppen az a legnagyobb hozadéka, hogy megoszthatják élményeiket, támaszt kaphatnak és nyújthatnak.

A bántalmazás hatására kialakult viselkedési problémák kezelése

A bántalmazás okozta néhány tünet a többinél jóval ellenállóbb. Előfordulhat, hogy az bántalmazás központú megközelítés, mivel elsődlegesen támogató és nevelő jellegű, kevésbé hatékony olyan emocionális és viselkedési problémák esetében, amelyek célzottabb beavatkozást igényelnek. A bántalmazás hatására kialakuló, viselkedésben megnyilvánuló súlyos tünetek kezeléséhez szükséges a gyermek gondozóival való együttműködés. Az agresszív, másokra is veszélyes magatartás, szexualizált viselkedés, enuresis, encopresis, öncsonkítás olyan tünetek, amelyeknek a kezeléséhez az egyéni terápia keretein túlmutató viselkedésmódosító technikák bevezetése szükséges.

A viselkedéssel kapcsolatos problémák kezelésének általános módja: a viselkedés leírása, a gyakoriságának és súlyosságának felbecslése, a beavatkozás megtervezése és kivitelezése; megjelenésük gyakoriságának újraértékelése abból a célból, hogy megállapítsuk, hatékony volt-e a beavatkozásunk.

Példaként megemlíthetjük a szexualizált viselkedést, mely a szexuális bántalmazás egyik súlyos következménye lehet: pl. túlzott mértékű és nyilvános maszturbálás, szexuális interakciók más gyermekekkel vagy felnőttekkel, stb. Nemcsak abban áll a veszélye, hogy minden ilyen viselkedés megerősítésként szolgál a folytatáshoz (egyrészt mivel fizikai élvezetet okoz, másrészt mert a gyermek énképébe egyre inkább beépül, hogy ő egy szexuálisan aktív személy), hanem abban is, hogy a gyermeket stigmatizálhatja ez a tevékenység.

A segítő megtaníthatja őt arra, hogy ne mások előtt maszturbáljon. Viselkedést módosító technikákként alkalmazhatók pl. a szexmentes napok jutalmazása vagy szexuális viselkedés esetén „time-out”. Fontos az energiáját más, életkorának megfelelő örömszerző viselkedés irányába terelni.

A csoportos tevékenység szintén hasznos lehet a bántalmazott gyerekekkel való munkában. A kisebb gyermekeknek leginkább fejlesztő játékok, nagyobb gyermekeknek kezelésorientált játékok javallottak. Szexuálisan bántalmazott gyermekek esetében különösen fontos lehet a csoportos tanácsadás, mely segít neki megbirkózni a szégyennel, bűntudattal és másság érzésével.

A támogató szülővel való munka szexuálisan bántalmazott gyerekek esetén

A gyermekek érdekében végzett munka a beavatkozás első szakaszában a felnőttnek nyújtott tanácsadást jelenti, elsősorban azoknak a személyeknek, akik felelősséget vállalnak a gyermek jólétéért. Szükséges olyan felnőttet (támasz-személyt) találni, aki megteszi a szükséges lépéseket a gyermek védelme érdekében. Ez a személy részt vesz az optimális megoldások megkeresésében és a szükséges lépések kivitelezésében. Intézményben élő gyermekeknél a támasz-személy lehet a gyermek nevelője, gondozója, szociális munkás, pszichológus, stb. A gyerekek gyógyulása tulajdonképpen a felnőttek szeretetteljes gondozásának az eredménye (Briere, 2019).

A szexuálisan bántalmazott gyermek esetében többnyire a nem bántalmazó szülő segítheti munkánkat. Az ő reakciója az elsődleges tényező, amely a gyermek alkalmazkodását befolyásolja a bántalmazás feltárását követően. Reakciója a tünetek erősségét jobban befolyásolja, mint a bántalmazás természete és időtartama, vagy akár a gyermek és bántalmazó közötti kapcsolat (Cry et al, 2014, Cohen és mtsai. 2004, Pintello, 2001).

Cry és mtsai (2014) szerint az anyák 65-78%-a hisz a gyerekének, ami az első lépése lehet a specifikus támogatásnak, amit a gyerekeknek nyújtanak: a bántalmazás jelzése, szaksegítség igénylése és a gyerek megvédése az elkövetőtől. Azok az áldozatok, akik magas szintű szülői támogatást kaptak, kevesebb pszichológiai tünetről számoltak be felnőtt korukban. Az apa szerepe is nagyon fontos: azok a gyerekek, akik kevés nonspecifikus támogatást kaptak az apjuktól (pl pozitív érzelmek kimutatása), több szorongást és félelmet mutattak 3 évvel később. (Cry et al, 2014).

A nem bántalmazó szülővel való munka kulcstényezője tehát a gyermek rehabilitációjának. Amint a fenti modellben is illusztráltuk, a nem bántalmazó szülő pozitív vagy negatív reakciója dönti el tulajdonképpen, hogy a beavatkozásnak milyen formáját alkalmazzuk.

A szexuális bántalmazással kapcsolatos nehézségek

A legtöbb embernek nagyon nehéz megértenie, hogy miért akar egy felnőtt szexuális kapcsolatot kialakítani egy gyerekkel. Gyakran ez a szülő első témája. Ez különösen fontos lehet abban az esetben, amikor a bántalmazó az illető szülő partnere vagy közeli rokona, ismerőse (apja, gyereke, közeli barátja, stb.). Wurtele és Kenny (2010) szerint a szülők osztják a szexuális bántalmazással kapcsolatos mítoszokat (pl az elkövetők elősorban idegenek, következményképpen az áldozatok félnek az elkövetőktől és elkerülik őket, van fizikai jele, az áldozatok csak lányok lehetnek, az elkövetők minden esetben férfiak, stb), a segítő feladata, hogy jobban megértesse a jelenség jellemzőit. A szülővel való munka első szakasza általában pszicho-educációs jellegű és a következő témákra vonatkozik: a bántalmazás gyakorisága, dinamikai sajátosságai, következmények, jelek, tünetek.

Szükséges kiszűrni és támogatni azokat a szülőket, akik nem hisznek a gyerekeiknek, illetve nem támogatják őket. Cry és mtsai (2014) szerint (a következő dimenziók mentén lehet/szükséges velük dolgozni: kognitív (irracionális hiedelmek), érzelmek (szeretet és lojalitás a gyerek és bántalmazó iránt, büntudat, nárcisztikus sérülések), szociális (munka, megélhetés, válás), jogi (a gyerekek szülőktől elválasztásának lehetősége abban az esetben, ha a szülőnek nem sikerül megvédenie), stb.

Eleinte a szülőnek sok kétsége lehet a gyermek vallomásával kapcsolatban: elhitheti-e a partneréről vagy más családtagjáról, amit a gyermekétől hallott. Egyik anyuka mondta: „nem jön, hogy higgyem, hogy igaz lenne. Hiszen a minap is viccelődtek, kacarásztak együtt, segített neki főzni”. Tudnunk kell, hogy az elfogadás nem hirtelen megvilágosodás eredménye, hanem általában egy folyamat, amely tele van kétségekkel, reményekkel, hogy hátha mégsem történt meg, hátha tényleg csak kitalálta a gyerek. Hasznos lehet, ha a segítő elmondja az felnőttnek, akivel dolgozik, hogy ő miért hiszi el a gyerekeknek azt, amit mond, vagy ha beszél arról, hogy általában miért nem találják ki a gyerekek a szexuális bántalmazást.

És végül, abban az esetben, ha az anyának volt valamilyen szerepe a bántalmazás kialakulásában, segítséget kaphat ennek megértésében. Nem az ő hibája, hogy a gyermeket bántalmazták, de például azért, hogy a újra és újra elvitte őt a nagyapjához heves tiltakozásai ellenére, vagy korai megnyilatkozásait figyelmen kívül hagyta, hozzájárult a bántalmazás fenntartásához. Két szélsőséges viszonyulással, valamint az ezek közötti sok-sok átmenettel találkozhatunk: a szülőben nagy a büntudat és önmagát tekinti felelősnek mindenért – ebben az esetben a munka inkább támogató jellegű és arra irányul, hogy a felelősségérzete és a büntudata csökkenjen, vagy ennek ellenkezője, amikor a szülő minden felelősséget elhárít magától, ebben az esetben a munka inkább szembesítés jellegű, és a felelősség felvállalását célozza a gyerek biztonságának kialakítása érdekében.

Szülő-gyerek kapcsolat

A szülő-gyermek kapcsolat szexuális bántalmazás esetében kérdésessé válhat az elkövető manipulációinak következtében, amelynek célja a gyermek és a támogató szülő elidegenítése. A szülő úgy érezheti, hogy

soha nem volt jó kapcsolata a gyerekével, úgy értékelheti, hogy a bántalmazó szülővel a gyermek melegebb, lojálisabb kapcsolatban volt. A gyermek a bántalmazás következtében kiismerhetetlenül viselkedhet, ami szintén megrontja a kapcsolatát a nem bántalmazó szülővel. Különösen a szexualizált viselkedés tűnhet a szülőnek inkább oknak, mint következménynek. A segítő feladata, hogy erősítse a szülő-gyermek kapcsolatot, hiszen ez lesz a jövőben az elsődleges védelmi tényező a gyermek számára. Fejlesztheti különböző gyakorlatok segítségével a gyermek iránti empátiáját, megkönnyítheti a kettőjük közötti párbeszédet, új fegyelmezési módszereket alakíthatnak ki közösen, segíthet abban, hogy mindkettőjük számára örömet nyújtó tevékenységekben vehessenek részt. A gyerekek fontos, hogy a szülőjétől hallja, hogy az nem hibáztatja őt, nem tartja felelősnek, s ezt többször is szeretné hallani. A szülőt a büntudata is megakadályozhatja abban, hogy beszélgessen a bántalmazásról a gyerekével. A munka első része egyéni, később tarthatók közös ülések is.

McCarthy és munkatársai (2019) szexuálisan bántalmazott gyerekek támogató szüleivel készítettek interjúkat. Azok az anyák, akik támogatásban részesültek egy szakember részéről jobban tudták támogatni gyerekeiket és a támasz következő vonatkozásait fogalmazták meg: a gyerekek bátorítása, hogy beszéljenek a bántalmazásról, megnyugtató, vigasztalás a gyerek szorongásának csökkentése érdekében, tájékozódás, informálódás, a felépülési folyamat támogatása. Más kutatások szintén megerősítették a szülői támasz hatását, és kiemelték az előbbieket mellett a védelem jelentőségét (Smith et al, 2017).

A bántalmazóval kapcsolatos témák

Családon belüli bántalmazás esetében a nem bántalmazó szülőnek el kell döntenie, hogy szeretné-e megmenteni a kapcsolatát a bántalmazóval, vagy pedig szeretne inkább véget vetni annak. Sokan úgy döntenek, hogy elválnak. Mások a bántalmazó viselkedésétől teszik függővé a döntést. Sokan azonban határozatlanok. A segítő megoszthatja a szülővel azokat az információkat, amelyek azzal kapcsolatosak, hogy milyen esélye van megtartania a gyermekét abban az esetben, ha az elkövetővel él továbbra is

együtt és milyen veszélyei vannak a gyerekre nézve az együttélésnek. De a szülőnek kell döntenie és felelősséget vállalnia a döntéséért.

Ha az elkövető partnere a nem bántalmazó szülőnek, fontos téma lehet a férfi-nő kapcsolat, a csalódás a partnerében.

Gyakori téma a függőség. Nagyon gyakori jelenség, hogy az anyák anyagi vagy más természetű függőségben vannak a bántalmazó szülővel. Itt a másoktól kapott támasz kérdése is szóba kerülhet, a segítő igyekszik a szülőt bevonni olyan tevékenységekbe, amelyek révén függetlenséget biztosíthat magának, így jobban fogja látni, hogy mi a gyereke és a saját érdeke olyan esetekben is, amikor ez ellentétes a bántalmazó érdekeivel. Támogathatja a segítő abban is a szülőt, hogy munkát keressen, támogató csoportokban vegyen részt, valamint, hogy gyakorolja az asszertivitást olyankor, amikor érdekei a bántalmazó vagy más személy érdekeivel ellentétesek. Ha az anya is fizikailag bántalmazott, hasznos lehet a kapcsolatfelvétel menhelyekkel vagy más intézményekkel, amelyek bántalmazott nők számára nyújtanak szolgáltatásokat.

Más személyes témák

Minden olyan téma érintése hasznos lehet, amely a szülőt abban erősítheti, hogy teljes értékűnek érezhesse magát, és ily módon támaszt tudjon nyújtani gyermekének. Ilyen lehet például az önértékelése vagy a múltbeli tapasztalatai: előfordul, hogy éppen azért minimalizálja a bántalmazás következményeit, mert gyermekkorában ő maga is szexuális bántalmazás áldozata volt. Megtörténhet, hogy azért nem tud a gyermekének segíteni, mert a saját bántalmazása felszínre kerül, és érzelmileg elárasztja. Daignault és munkatársai (2018) kimutatták, hogy a feltárást követő szülői distressz szoros kapcsolatban van a szülő gyermekkorában tapasztalt családon belüli erőszakkal. A szülő gyerekkori szexuális bántalmazás tapasztalatai elsősorban a disszociációval voltak kapcsolatban, ami nyilván megakadályozza a szülő képességét, hogy a gyermekét támogathassa.

Bántalmazó felnőttekkel való munka

A bántalmazó felnőttekkel való munka szerves részét képezi a terápiás tervnek. A törvény által kirótt büntetés önmagában nem alkalmas a bántalmazó magatartás megszüntetésére. A bántalmazók számára szervezett csoportok nagy segítséget nyújtanak abban, hogy legyőzzék az elszigeteltség, bűntudat és depresszió érzését. A többiek támogatása, tanácsa és figyelmeztetése sokkal elfogadhatóbb, mint egy kívülálló szociális munkásé vagy pszichológusé. A klasszikus csoportülések legfontosabb témái: fegyelmezési módszerek, az önszabályozás fejlesztése, az agresszió kezelése (fizikai bántalmazás esetében), a saját erőszakkal kapcsolatos tapasztalatok feldolgozása, impulzuskontroll és szexuális nevelés (a szexuális bántalmazás esetében), szociális készségek fejlesztése, a gyermek iránti empátia fejlesztése valamint a tagadás kiküszöbölése (bármilyen típusú bántalmazásnál).

Szülő-gyermek interakciót célzó terápia (PCIT)

A Kaliforniában kidolgozott viselkedés-terápiás alapokon nyugvó módszer (Kelman és Nicholas, 2020, Urquiza 1996, 2012) az egyik leghatékonyabb eljárás fizikai bántalmazás esetén. A klinikai kutatások eredményei azt mutatják, hogy a PCIT eredményeképpen nem csak a fizikai bántalmazás gyakorisága csökken, hanem a gyermek viselkedésproblémái és a szülő érzelmi problémái enyhülnek és nő a pozitív szülő-gyermek interakciók gyakorisága (Kelman és Nicholas, 2020, Jr.J. Borrego 1999). Kennedy és munkatársai (2016) metaanalitikus tanulmányukban kimutatták, hogy a PCIT-ben részesülő szülők esetében szignifikánsan csökkent úgy a fizikai bántalmazás ismétlődése, mint a szülői stressz.

Bár a fizikailag bántalmazó szülőknek nincsenek állandó vagy egyértelmű jellemzőik, gyakran krónikusan problémás kapcsolatuk van a gyermekeikkel (Urquiza 1996, 2012), kevés a szülő-gyermek kölcsönhatás és a negatív interakciók száma meghaladja a pozitívat. A pozitív interakciók hiánya az, ami leginkább megkülönbözteti a fizikailag bántalmazó szülőket azoktól, akik nem bántalmazzák gyerekeiket, ezek a szülők kevésbé hatékony és büntetésre, fenyegetésre koncentráló fegyelmezési stratégiákat használnak, magasabbak az elvárásaik a gyermekek viselkedésével

kapcsolatban és elfogadják a testi fenytést, mint a fegyelmezés hatékony eszközét.

A szülő-gyermek interakciót célzó terápia kétlépcsős modell, amely módosítani szeretné a szülő-gyermek közötti kóros interakciós mintákat azáltal, hogy megtanítja a szülőknek a differenciált reakciót: pozitív viselkedésre pozitív következményekkel (pl. dicséret, ha a gyermek együttműködött), a nem megfelelő viselkedésre pedig negatívakkal (pl. a nyafogás figyelmen kívül hagyása, time-out a nem együttműködő viselkedésért) válaszoljanak.

Ugyanakkor a PCIT hangsúlyozza a játék fontosságát a szülő-gyermek kapcsolat javításában. Alapvetően játékkerápiás eszközöket alkalmaz, és használja a pozitív szociális megerősítést a szülő és gyermek közötti kapcsolat javítására azáltal, hogy felhívja a figyelmet a pozitív változásokra.

A PCIT lényegében egy tréningprogram szülőknek, mely a diszfunkcionális szülő-gyermek kapcsolati minták megváltoztatására összpontosít. Mind a szülő, mind a gyermek részt vesz a foglalkozáson. Két szakasza van: az első gyerekközpontú, célja a szülő-gyerek kapcsolat erősítése, a második pedig szülőközpontú, a hatékonyabb fegyelmezés elsajátítását célozza.

Az első szakaszban a szülő pozitív kapcsolatot erősítő készségeket (pl. kijelentéseket, viselkedéseket) tanul, mint: leírások (fogalmazza mondatba a szülő, ha a gyerek játéka helyénvaló, azaz nem agresszív), tükrözések (ismételje el vagy parafrázálja a gyermek verbális megnyilvánulásait), utánzás (utánozza a gyermek viselkedését), dicséret (fogalmazzon meg pozitív verbális kijelentéseket a gyermek viselkedésére vagy verbális megnyilvánulásaira).

A második szakaszban a szülő megtanul világos, pozitív, egyenes utasításokat fogalmazni, valamint azt, hogy következetesen alkalmazza a pozitív, ill. negatív viselkedés esetében a következményeket (dicséret pozitív viselkedés esetében, time-out negatív viselkedés esetében).

A terápia sikeresnek számít abban az esetben, ha a gyerek együttműködő, ha a szülőtől világosan megfogalmazott, egyenes utasításokat kap, és ha a szülő megtanulja következetesen alkalmazni a megfelelő következményeket.

A bántalmazó szülők igényeinek megfelel a PCIT: nem vádolja a szülőket, rövid (14 hét) és direkt.

A gyerekekkel foglalkozó segítő

Milyen legyen a gyerekekkel foglalkozó segítő? A legfontosabb kritérium, hogy a gyerekekkel foglalkozó szakember jól érezze magát a gyerekek társaságában, szívesen játsszon, rajzoljon, ugráljon, gyurmázzon velük. Ne zavarja az, hogy néha le kell ülnie a padlóra, és esetleg összepiszkolódik a ruhája. Ugyanakkor tudjon beszélgetni is a gyerekekkel, s bár a gyerekek legfőbb kommunikációs eszköze a játék és a mozgás (minél kisebb, annál inkább), fontos az is, hogy szóban is kifejezze a vele történeteket.

Fontos a fejlődéslélektan ismerete, hogy ki tudja választani az életkornak megfelelő játékot, tevékenységet. A fejlődéslélektani ismeretek abból a szempontból is fontosak, hogy a segítő meg tudja ítélni, hogy a gyerek milyen területeken maradt vissza a fejlődésben.

Van olyan felnőtt, aki a gyerek fájdalmát kibírhatatlannak érzi, ezért kerül az erről való beszélgetést. A gyerekekben így az az érzés alakulhat ki, hogy vele olyan borzalmas dolog történt, amiről beszélni sem szabad. A segítőnek meg kell adnia a lehetőséget, hogy feltárhassa tapasztalatait, érzéseit, bármennyire borzalmasnak tűnnek is a tények. Ha a segítőnek magának is voltak bántalmazással kapcsolatos élményei, könnyen azonosulhat a gyerekekkel, és saját érzéseit összekeverheti a gyermek érzéseivel. Ha viszont feldolgozta élményeit, sokat segíthet a saját tapasztalat: könnyebben megérti őt, és hitelesen tudja továbbítani számára a remény üzenetét (Doyle, 2006).

A segítő önszabályozásának fejlesztése egyike a legfontosabb kihívásoknak a traumatizált gyerekekkel való munka során. Csak olyan felnőtt segíthet a gyerek önszabályozásának kialakításában, aki ő maga is szabályozott. Ha egy erőszakos esemény vagy egy tünet hatására a segítő stresszválaszt produkál, nincs esélye arra, hogy a gyereket sikerüljön megnyugtatnia (Perry, 2024). A jól szabályozott felnőttel való kapcsolat a legfontosabb eszköz a gyerek túl intenzív stresszválaszai fölötti kontroll megszerzésében (vagy a lefagyás feloldásában).

Fontos szempont lehet a segítő neme is. Ha egy gyereket nő bántalmazott, valószínű, hogy kevésbé lesz nyitott egy segítőnővel, ha pedig férfi, félhet a férfiatól. A foglalkozások első szakaszában arra kell törekedni, hogy biztonságban érezhesse magát, ezért, ha van rá mód, hasznos, ha ő maga választhatja meg a segítője nemét.

A rossz bánásmódot átélt gyerekekkel való munka különböző érzelmeket válthat ki a szakemberből. A szülők elleni düh, a tehetetlenségérzés, frusztráció a gyerek tüneteinek kezelésével kapcsolatban, a szomorúság, mind része lehet a tanácsadóban felébredő érzelmek sokaságának. A szorongás a gyerek jövőjéért fontos téma a bántalmazott gyerekekkel való munkában. Fontos, hogy amikor a szakembert ezek az érzések elárasztják, szupervíziót, esetmegbeszélést, akár saját kezelést igényeljen. Hasznos lehet a szakmai korlátok felismerése, annak a tudata, hogy a tanácsadás, terápia önmagában nem biztosítja a gyermek védelmét. Ahhoz hogy hosszú távú hatékony munka történjen, csapatmunka szükséges, valamint egy olyan közösség, amely erőforrásokat biztosít a családok számára.

Irodalomjegyzék

- Borrego, Jr., J., Urquiza, A. J., Rasmussen, R., & Zebell, N. (1999). Parent-child interaction therapy with a family at high risk for physical abuse. In: *Child Maltreatment*, 4, 331–342.
- Briere, J.N., Scott, C. (2015) *Principles of Trauma Therapy*. Second edition: revised and extended. Sage.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A. (2004). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Sexually Abused Children. In: *Psychiatric Times*. September 2004, Vol. XXI, Issue 10, <http://www.psychiatrictimes.com/p040952.html>.
- Coulborn-Faller, K. (1993) *Child Sexual Abuse: Intervention and Treatment Issues*. US Department of Health and Human Services
- Cyr, M., Hébert, M., Frappier, J. Y., Tourigny, M., McDuff, P., & Turcotte, M. E. (2014). Parental Support Provided by Nonoffending Caregivers to Sexually Abused Children: A Comparison Between Mothers and Fathers. *Journal of Child Custody*, 11(3), 216–236. <https://doi.org/10.1080/15379418.2014.954688>

- Daignault, I.V. Martine Hébert, Mireille Cyr, M., Pelletier, M., McDuff, P. (2018) Correlates and Predictors of Mothers' Adaptation and Trauma Symptoms Following the Unveiling of the Sexual Abuse of Their Child. *Journal of Interpersonal Violence* 1–25. DOI: 10.1177/0886260518808849 journals.sagepub.com/home/jiv
- Doyle, C. (2006). *Working with abused children*. 3rd ed., Basingstoke, Palgrave Macmillan
- Finkelhor, D. (1994). Current Information on the Scope and Nature of Child Sexual Abuse, The Future of Children. *Sexual abuse of children*. Vol. 4. No. 2.
- Fitzgerald, M. M., Cohen (2012), Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy. In Goodyear-Brown, P. J. (eds) *Handbook of child sexual abuse: assessment, intervention and treatment*. John Wiley & Sons
- Kelman, E., Nicholas, A. (2020) *Palin Parent-Child Interaction Therapy for Early Childhood Stammering*. Taylor and Francis
- Kennedy, S. C., Kim, J. S., Tripodi, S. J., Brown, S. M., & Gowdy, G. (2016). Does Parent–Child Interaction Therapy Reduce Future Physical Abuse? A Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 26(2), 147-156. <https://doi.org/10.1177/1049731514543024>
- Kolk, B. (2014) *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*, New York, NY: Penguin Books.
- McCarthy, A., Cyr, M., Fernet, M., Hébert, M. (2019) Maternal Emotional Support following the Disclosure of Child Sexual Abuse: A Qualitative Study. *Journal of Child Sexual Abuse* 2019, VOL. 28, NO. 3, 259–279, <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1534919>
- Perry, B. (2024) *A ketrebe zárt fiú*. Park könyvkiadó.
- Pintello, D., Zuravin, S. (2001). Intrafamilial Child Sexual Abuse: Predictors of Postdisclosure Maternal Belief and Protective Action In: *Child Maltreatment*. 6: 344–352.
- Smith, D.W. Sawyera, G. K., Hecka, N.C., Zajaca, K., Solomon, D., Self-Brown, S., Danielson, C.K., Ralston, M.E. (2017) Psychometrics of a Child Report Measure of Maternal Support Following Disclosure of Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2017 April ; 26(3): 270–287. doi:10.1080/10538712.2017.1296915.
- Urquiza, A.J., & McNeil, C.B.: (1996). Parent-Child Interaction Therapy: An intensive dyadic intervention for physically abusive families. *Child Maltreatment*, 1, 134–144.

- Urquiza, A.J., Blacker, D. (2012) Parent-Child Interaction Therapy for Sexually Abused Children In Goodyear-Brown, P. J. (eds) *Handbook of child sexual abuse: assessment, intervention and treatment*. John Wiley & Sons.
- Weeramanthri (2013) *Modular Systemic Interventions Hope for Children and Families: Working with Children: Emotional and Traumatic Responses*. Child and Family Training.
- Wurtele, S.K. and Kenny, M.C. (2010), Partnering with parents to prevent childhood sexual abuse. *Child Abuse Rev.*, 19: 130-152. <https://doi.org/10.1002/car.1112>

A GYERMEKBÁNTALMAZÁS MEGELŐZÉSE

Dávid-Kacsó Ágnes

A gyermekkorban elszenvedett abúzus bármilyen formája hosszútávú következményekkel bír a személy fejlődésére nézve: magában hordozza a mentális és testi betegségek előfordulásának megnövekedett kockázatát és azok korai megjelenéséért és kezelésre való gyengébb reagálásukért is felelős (Hashima, Wilkins, Mercy & Graffunder, 2014; Lippard & Nemeroff, 2020; McCoy & Keen, 2022). Mindehhez hozzáadódik, hogy a gyermekkori bántalmazás áldozatai szülői szerepükben nagy eséllyel saját maguk is bántalmazókká válnak (Greene, Haisley, Wallace & Ford, 2020). Ezeknek az adatoknak az ismeretében a gyermekbántalmazást közegészségügyi problémaként is felfoghatjuk, amelynek a megelőzésére érdemes erőforrásokat mozgósítani, aminek első lépését az esetek azonosítása képezi, ezért lényeges, hogy a különböző, a gyermekek védelmében aktiváló szervezetek adatbázisai összeérjenek (Hashima, 2014). A gyermekbántalmazás ökológiai modellje rávilágít arra, hogy különböző tényezőknek mennyire komplex kölcsönhatása az, amelynek eredményeképpen végül a gyermekbántalmazás megtörténik. Ennyi tényezőnek az átfogása preventációs programok által nagy nehézségekbe ütközik. A prevencióval kapcsolatos problémák másik csoportja ahhoz köthető, hogy az ökológiai rendszerek különböző szintjein biztosított

szolgáltatások általában különböző intézmények hatáskörébe tartoznak, ami megnehezíti a többszintű, összehangolt szolgáltatások biztosítását (Daro & Benedetti, 2014). Nem kétséges, hogy szükség van értékelési kritériumokra a sok gyermekbántalmazás megelőzésére létrehozott program között, főképp mikor a finanszírozás szempontjai kerülnek előtérbe, ami az evidencia alapú programok favorizálásához vezet. Daro & Benedetti (2014) azonban felhívja a figyelmet azokra a buktatókra, amelyek kódolva vannak ezen programok automatikus előnybe részesítésében. A mérhetőség és megismételhetőség elve sok esetben szembe megy azzal a követelménnyel, hogy a program adaptálható legyen nagyon különböző helyzetekre és populációkra. Még abban az esetben is, amikor a célcsoport és a kontextus változatlan marad, a program hatékonyságát nagymértékben befolyásolják olyan tényezők, mint a program alkalmazásának hossza, módja vagy az eredetitől eltérő céllal történő alkalmazása. Éppen ezért, az evidencia alapú modelleknek preferálása mellett fontos, hogy maradjon tér (és főleg forrás) az innovatív programok támogatására is (Daro & Benedetti, 2014).

Az említett szerzők szerint a gyermekbántalmazás megelőzésére vonatkozó prevenciók stratégiáknak a XXI-ik században bizonyos sajátos kihívásoknak kell eleget tenniük. Ezek közé tartozik a fókusz áthelyezése a bántalmazást kiváltó tényezőkről azokra a folyamatokra, amelyek a gyermek pozitív fejlődését segítik, ezzel hozzájárulva az erre vonatkozó tudás volumenének növekedéséhez. A szerzők fontosnak tartják, hogy a szakemberek képesek legyenek olyan konkrét, körülhatárolt viselkedésmódozatokat ajánlani a szülőknek a gyermekük egészséges fejlődése érdekében, mint ahogy más közegészségügyi problémák esetén is szokásos (pl. az autóbalesetekben történő sérülés csökkentésére autósülés, az ittas vezetés tiltása, stb.). A bántalmazást megelőző stratégiák előtt álló másik nagy kihívásnak a szerzők az egyenlő esély elvének kiteljesítését látják azáltal, hogy minden gyermek számára, már a születésétől kezdve elérhetővé kell tenni azt a támogató rendszert, ami csökkenti a hátrányos helyzetben való felnevelés esélyét. A hatékony prevenciók stratégia feltétele a gyermekbántalmazás okaira vonatkozó feltételezések állandó tesztelése, mivel csak így biztosítható az állandóan változó kontextushoz való alkalmazkodás. A különböző intézmények és területek közötti

együttműködés megteremtése olyan feladat a szakma képviselő előtt, amely elengedhetetlen az eredmények eléréséhez, lévén egy komplex kölcsönhatási rendszerről szó (Daro & Benedetti, 2014, 311 old.).

A gyermekbántalmazás megelőzésének szintjei

A megelőzés a probléma megjelenése előtti pillanatra koncentrál, amikor még maga a probléma, vagy annak bizonyos megnyilvánulása elkerülhető vagy csökkenthető (McCoy & Keen, 2022). A gyermekbántalmazás megelőzése szolgáltatások széles skáláját öleli fel a közösség figyelmének felkeltésétől a szülők neveléséig és a családlátogatásokig. A megcélzott közönség a közvéleménytől azokig a személyekig terjed, akik bántalmaztak vagy elhanyagoltak egy gyereket. Hagyományosan a prevenció három szintjét különböztetjük meg: az elsődleges (primér), a másodlagos (szekundér) és a harmadlagos (tercier) prevenciót (Hamilton-Giachritsis & Pellai, 2017).

Az elsődleges prevenció olyan tevékenységeket foglal magába, melyek a széles közönségnek szólnak azzal a céllal, hogy ráirányítsák a közvélemény, a törvényhozók, a döntési tényezők és a különböző gyermekekre fókuszáló szolgáltatásokban dolgozók figyelmét a gyermekbántalmazás rövid és hosszútávú következményeire, a gyermekbántalmazással kapcsolatos kiadások nagyságrendjére és a gyermekbántalmazás megjelenésének tágabb kontextusára (Hashima, 2014). Előnye, hogy – a tág célcsoportból adódóan – nem megbélyegző, így nagyobb eséllyel eljut a nehezen elérhető célszemélyekhez is (Gray, 2017). Az elsődleges prevenciós tevékenységek hosszútávú céljai közé tartozik azoknak a közösségi normáknak a megváltoztatása, amelyek lehetővé teszik a gyermekek bántalmazását (Hashima, 2014; Wald, 2009). A szerzők kiemelik, hogy lényeges felhívni a figyelmet azokra a tényezőkre is, amelyek a gyermekek biztonságát és jóllétét erősítik, mivel ezeknek biztosítása maga után vonja a bántalmazás gyakoriságának csökkenését. Azoknak a szakembereknek, akik a gyermekekkel kapcsolatba kerülnek, tisztában kell lenniük azzal, hogy minden olyan megközelítés, mely a gyermekek egészséges fejlődését segíti, hozzájárul a gyermekek elleni rossz bánásmód visszaszorításához

(Hashima, 2014). A megelőzésre vonatkozó üzenetek lényeges elemét kell képeznie annak az információnak, hogy a gyermekbántalmazás előfordulásának esélyét növeli, ha a szülők nem tudnak megbirkózni a rájuk nehezedő terhekkkel, így a szülőket hibáztató, az ő szerepüket hangsúlyozó megközelítéseknek kicsi az esélye a sikerre. Igazán áttöréshez az vezethet, ha a társadalom magáénak tekinti a problémát és a közös felelősségvállalást szorgalmazza. Ilyenformán az elsődleges megelőzés formái közé soroljuk a felvilágosító kampányokon túl azokat a szolgáltatásokat és juttatásokat is (gyermekgondozási támogatás, gyermekorvosi ellátás, szülői szerepre előkészítő és hatékonyságfokozó tanfolyamok), melyek mindenki számára elérhetőek (McCoy & Keen, 2022).

A másodlagos prevenciós programok a megelőzés költséghatékonyabbá tételének érdekében születtek és abból indulnak ki, hogy bár mindenkinek hasznosak a gyermekbántalmazást megelőző programok, nem mindenkinek van rájuk szüksége (McCoy & Keen, 2022). Ezért olyan programokra van szükség, amelyek a fokozott kockázatnak kitett csoportokat célozzák meg, specifikusabb tartalommal, amelyek a bántalmazás problémájának a kockázati és védő tényezők felőli megközelítésére támaszkodnak. Ebből következik, hogy ezeknek a prevenciós programoknak a fókuszát a specifikus kockázati tényezők csökkentése és a védő tényezők erősítése jelenti (Abrams & Portwood, 2010). A célzott programok általában hatékonyabbnak bizonyulnak az általánosaknál, bár ehhez a perpcióhoz az is hozzájárul, hogy a programban résztvevők eleve nagyobb kockázatot képviselnek, így az általuk elért változás is nagyobb mértékű lesz, mint az általános populáció körében elérhető programok esetén, ezért a mérések nagyobb hatásnagyságot fognak mutatni (Daro & Benedetti, 2014). A másodlagos prevenciós programok hatását nagyban korlátozza az a tény, hogy a legnagyobb kockázatot képviselő személyek/családok nehezen elérhetőek ezen programok számára, illetve nagy esetükben a lemorzsolódás (Daro & Benedetti, 2014). Ugyanakkor, a kockázatot képviselő csoportok kiválasztásánál a leggyakrabban demográfiai változókat vesznek figyelembe (pl. az anya fiatal kora, szegénység, egyedülálló szülő) (McCoy & Keen, 2022), amivel azt sugallják, hogy a gyermekek bántalmazásának problémája csak a populáció bizonyos szegmenseire jellemző, ami amellet, hogy

megbélyegző, nem segíti a gyermekek jóllétéért való kollektív felelősség szemléletének kialakulást (Daro & Benedetti, 2014). A megnövekedett kockázatot jelentő csoportok kiválasztásánál egy demográfiaitól eltérő megközelítés lehet a gyermek olyan fejlődési szakaszaira fókuszálva építeni fel a programokat, melyek különös kihívásokat jelentenek a szülőknek, például a gyermek születése, a dackorszak vagy a serdülőkor beállta. Az eddigi felmérések alapján a gyermek születésével kapcsolatos nehézségek csökkentésére irányuló programok, valamint a többszintes, a gyermek különböző fejlődési sajátosságaihoz kapcsolódó nehézségekre adaptált programok hatékonyaknak bizonyultak (Dodge és mtsai, 2014; Sanders, 2023).

A bántalmazás szempontjából kockázatot képviselő egyéneknek és családoknak biztosított támogatások vagy a nehéz szociális helyzetben lévő családok lakókörnyezetében indított családtámogató programok, kölcsönös támogatást és mentorálást biztosító programok, sérült gyerekek szüleinek biztosított támogatásformák (például átmeneti gondozás a gyermek számára, hogy a szülő pihenhessen, ételkihordás ezeknek a családoknak, stb.), fiatal vagy egyedülálló szülőknek biztosított szülői készségfejlesztő programok másodlagos megelőző tevékenységeknek tekinthetők (Damashek, Morgan, Corlis & Richardson, 2018)

A *harmadlagos prevenció* célja a megtörtént bántalmazás következményeinek az enyhítése és a megismétlődések esélyének csökkentése. Ebbe a csoportba olyan szolgáltatások tartoznak, melyek a bántalmazó családok esetében igyekeznek szavatolni a gyermek biztonságát és elősegíteni a család hatékonyabb működését, illetve csökkenteni a bántalmazás hosszútávú következményeit (Hamilton-Giachritsis & Pellai, 2017), így egybeesnek a bántalmazás esetén történő intervenciókkal (McCoy & Keen, 2022).

Az elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenció kombinációja biztosítja a szolgáltatásoknak azt a skáláját, amire szükség van a gyermekbántalmazás gyakoriságának csökkentéséhez, valamint a megtörtént esetek következményeinek enyhítéséhez.

A gyermekbántalmazás megelőzésére szolgáló jó gyakorlat modellek sajátosságai

A gyermekbántalmazást megelőző programok finanszírozásánál érthető elvárás a program hatékonyságának bizonyítása, ami egy jól kidolgozott módszertant feltételez. Counts (2009) szerint egy evidencia alapú program akkor tekinthető jó gyakorlat modellnek, ha a tudományos eredmények mellett magába foglalja a kliensek és szakemberek véleményét is az adott kérdésre vonatkozóan. Négy bántalmazást megelőző program klienskörének elvárásait metaanalitikusan elemezve, az említett szerző megállapítja, hogy a kliensek akkor elégedettek a kapott szolgáltatással, ha annak keretében hangsúlyt fektetnek az erős pozitív kapcsolat kialakítására a kliens és segítő között, megnövekedett stressz esetén formális és informális támogatásban részesítik a rászorulókat, a szolgáltatások ítékezésmentesek, tiszteltben tartják a kliens értékeit és elismerik szülői képességeit, a program rugalmas, a kliensek programját figyelembe veszi és könnyen megközelíthető helyen van, kevés papír-ceruza alapú feladatra épít és nagy hangsúlyt fektet a stigmatizáció elkerülésére.

A szakemberek nézőpontját a sikeres bántalmazást megelőző programok sajátosságairól a szerző az állam által támogatott prevenciók programokban dolgozó szakemberek véleményének elemzése alapján állította össze és eredményei szerint a lényeges elemek: a családok közötti barátság és kölcsönös támogatás erősítése, a szülői készségek fejlesztése ismeretközlés, családlátogatás, stb segítségével, a családok összekapcsolása különböző szolgáltatásokkal (munkaelosztó, egészségügyi szolgáltatások, szakképesítés szerzése, mentális egészség területén fellelhető szolgáltatások, stb.), a szolgáltatások közösségbe integrált jellege valamint hosszútávú és intenzív volta és a szakemberek rugalmassága.

Öt, a bántalmazás megelőzésére vonatkozó metaanalitikus tanulmány eredménye alapján gyűjtötte össze Counts (2009) a leghatékonyabb prevenciók programok tartalmi és alkalmazási sajátosságait. Ennek megfelelően, a leghatékonyabbnak mutakozó programok információkat szolgáltatnak a gyermekek fejlődési szükségleteiről, a szülők számára stratégiákat tanítanak a negatív érzelmek kezelésére, családlátogatás keretében segítene a szülőknek a tanultakat alkalmazni (Howard & Brooks-

Gunn, 2009), támogatják a szülőket a nehézségeik kezelésében, átfogó (többkomponenses) megközelítést biztosítanak, legalább 6 hónapig tartanak és legalább 12 alkalomból állnak, a kockázatot képviselő családokat célozzák meg, a gyermekvárás időszakában kezdődnek és segítik a támogató hálózat létrejöttét a résztvevők körül.

Fontosabb prevenciós modellek

Bár a gyermekbántalmazás megelőzésének értelemszerűen az a célja, hogy a hatását azelőtt fejtsse ki, mielőtt a bántalmazás megtörténik, viszonylag kevés az olyan program, amely a széles populációt célozza meg, valószínűleg azért is, mert az ilyen programok hatékonyságát nehéz bizonyítani (Abrams & Portwood, 2010). A prevenciós módszerek mögött álló elméleti megközelítések a gyermekbántalmazás magyarázó elméleteihez kapcsolhatók. Ahogy egyre több tudás halmozódott fel a kockázati és védő tényezőknek a gyermekbántalmazás kialakulásában játszott szerepéről, úgy épültek fel azok a prevenciós programok, melyek ezeket a tényezőket vették célba. A szülőkhöz, gyerekekhez, környezethez kapcsolódó kockázati tényezők nem elszigetelten hatnak, hanem egymással állandó kölcsönhatásban, megnövelve a bántalmazás előfordulásának kockázatát (Cicchetti & Lynch, 1993). Mindezekből következik, hogy ha egy programnak sikerül csökkentenie a kockázati tényezőket, bármelyik szinten is legyenek azok, csökken a bántalmazás előfordulásának esélye.

Az ismert elsődleges, általános prevenciós programok közé tartoznak a közösség alapú programok és a szülői készségfejlesztő programok.

1. Közösségközpontú programok

A bántalmazás megelőzésének viszonylag új területét képezik, amelyek az ökológiai elmélet által nyújtott felismerésből indulnak ki, amely szerint a lakókörnyezetre jellemző kockázati tényezők csökkentése illetve az abban rejlő védő tényezők megerősítése is hatással van az ott élők szülői viselkedésére. Ebből következik, hogy a közösségi folyamatokba való beavatkozás, például a közösségi hatékonyságérzés fokozása vagy a strukturális sajátosságok módosítása befolyásolja a gyermekbántalmazás

előfordulását (Solomon, Maguire-Jack & Marçal, 2023). A közösségi erőforrások hiánya számos negatív következményhez vezet az ott élő személyek mentális és fizikai egészsége valamint társas működése szempontjából, amelyek mindegyike egyenként is és hatását összeadva is növeli a gyermekbántalmazás kockázatát (Molnar és mtsai, 2016). A közösség-alapú prevenciós programok létjogosultsága Bandura énhatékonyság elméletéhez köthető, mely kiterjesztve a „közösségi hatékonyság” (Bandura, 1995, 2. old) elvéhez vezet el, ami azt jelenti, hogy a közösség megerősödéséhez vezet, ha a tagjai úgy érzik, hogy közösen képesek a közösség problémáinak a megoldására (Molnar, Scoglio & Beardslee, 2022). Ugyanakkor a kollektív hatékonyság érzés hatással van az egyéni viselkedésre (Abdullah, Emery & Jordan, 2020). A gyermekbántalmazás gyakoriságát csökkentő, hatékony közösségi szintű beavatkozások követelményeit Molnar, Scoglio és Beardslee (2022) foglalták össze, miután interjúkat készítettek ilyen programokban dolgozó szakemberekkel. Az eredményeik alapján a közösségi szintű prevenciós program alapkövetelménye, hogy átfogja a közösség különböző szegmenseit, mindenki bevonva érezze magát és osztozzon egy közös látásmódban arra vonatkozóan, hogy hogyan nézzen ki az illető közösség, majd hajlandó legyen közösen dolgozni a közös cél megvalósítása érdekében. Az említett szerzők által azonosított második feltételt a programoknak a közösségbe való beágyazása képezi, ami azt jelenti, hogy szolgáltatásai elérhetőek a közösség tagjai számára és folyamatosan monitorizálja a felmerülő szükségleteket és ezeknek a program által történő kielégítettségi szintjét. A gyermekbántalmazás megelőzésre fókuszáló közösségi programoknak alapösszetevője a közösség gyermekek számára biztonságosabbá tétele, ami azt jelenti, hogy a program céljai közé kell tartoznia a közösségi felelősségvállalás kiépítésének a gyermekbántalmazás megelőzésre vonatkozóan, beleértve olyan normák és értékek kialakítását, amelyek a szülői viselkedés megváltozásához, illetve a kívánatos magatartások folyamatos megerősítéséhez vezetnek (Molnar, Scoglio & Beardslee, 2022).

A közösség alapú prevenciós programok létesítésének kihívásai: a közösséggel való kapcsolat kialakítása, a közösség kulturális sajátosságainak

a tiszteletben tartása, az akadályok leküzdése és a fenntarthatóság (Molnar & Beardslee, 2014, Molnar, Beatriz & Beardslee, 2016). A következőkben Molnar és Beardslee (2014, 305-312 old.) alapján ismertetjük a szerzők által azonosított stratégiákat, amelyekkel az említett kihívások kezelhetők.

A közösséggel való kapcsolat kialakítását segíti, ha a program valamilyen akciót kiváltó tényhez, eseményhez köthető, például, ha a közösség figyelmének a középpontjába került egy eset, vagy egy mediatizált eset elkövetője az illető közösségből került ki. Ilyenkor nagyobb az esélye, hogy a közösség maga nyitottá válik a változást előidéző programok számára. A közösségi programok sikerességének feltétele, hogy az illető közösség készen álljon a változásra, vagyis a program célja a közösségnek magának is a felismert szükségletei közé tartozzon. Ebben az esetben a közösség saját képviselőivel megbeszélve a szükséges lépéseket, akkor lehet tovább lépni, amikor közösség kellő erőforrást tud a kívánt programra fordítani. Az egyeztetési folyamathoz, de a program elkezdéséhez is segítséget nyújt a létező infrastruktúra és hálózati rendszer értékesítése, vagyis a mi esetünkben azoknak a szervezeteknek, egyéneknek az azonosítása, akik már a prevención dolgoznak a közösségen belül. A szerzők által elvégzett interjúkból kiderül, hogy minden megkérdezett alapvető fontosságúnak tekinti a közösség vezetőinek a megnyerését a közösség sikeres mozgósítása érdekében. Ahhoz, hogy a részvétel és a támogatás magas legyen, sok megkérdezett kiemelte, hogy fontos nem beszélni nyíltan a gyermekbántalmazás megelőzéséről, mint célról, inkább a gyermekek jóllétét és egészséges fejlődését ajánlott hangsúlyozni, míg a bántalmazás megelőzésének mindvégig a sikeres programok belső céljai között kell maradnia. Ezen a módon elkerülhető a stigmatizáció és a háritás aktivizálódása, ami várható az érzelmileg megterhelő témák - amilyen a gyermekbántalmazás – tárgyalásánál. A koalíció építés a téma iránt elkötelezett, a közösséggel kapcsolatban levő intézmények és személyek között, ugyancsak segíti a közösséggel való kapcsolat megerősödését (Molnar és Beardslee, 2014; Molnar, Scoglio & Beardslee, 2022).

A probléma kulturálisan érzékeny megközelítése elengedhetetlen annak érdekében, hogy a közösség be tudja fogadni a prevenciós program célkitűzéseit. A kulturálisan érzékeny megközelítés egyik eleme, hogy a

program megvalósításának olyan helyet biztosítanak, ahol az illető közösség tagjai biztonságban, kényelmesen érzik magukat. A közösségi megközelítések lényeges elemét képviseli a közösség történetének az ítéletmentes ismerete, amely sok, kívülről szemével nézve bántalmazó szülői viselkedésre magyarázatot adhat (például, nagyon veszélyes környezetben a gyermek életébe kerülhet, ha nem hallgat a szüleinek, így a bántalmazó viselkedést a szülő féltelme is magyarázhatja). A helyi közösségből származó tanácsadók alkalmazása segítheti a program alkalmazóit abban, hogy ne tévesszék szem elől a közösség kulturális érzékenységét. A kisebbségekhez tartozó közösségeket kiszolgáló programok megvalósításánál nem szabad elfelejteni, hogy ezek a közösségek gyakran valójában heterogének, és mindegyik közösség saját belső struktúrával, szervezeti működési móddal rendelkezik, így a programok megvalósítása érdekében folyamatosan adaptálni kell a programokat a közösség szükségleteinek megfelelően. Ennek érdekében fontos olyan, általánosan érvényes értékekre építeni, mint a biztonságos, stimuláló környezet, következetesség és asszertivitás, realista elvárások és a szülők saját szükségleteinek a kielégítése, melyek nagy valószínűséggel elfogadhatók minden kultúrában és a gyermekek egészséges fejlődését szolgálják az illető kultúra keretei között is.

A program megvalósításának korlátai. A legtöbb közösségi program hatékony megvalósításának egyik fontos korlátját a finanszírozás sajátosságai képezik. A szoros költségvetés következtében sérülhet a program alkalmazásának ideje és körülményei. Nehézséget jelenthet a különböző bevont szervezetek közötti rivalizálás, mivel a szűkös pénzügyi forrásokért folyó verseny befolyásolhatja az együttműködést. Nem ritka, hogy a közösségben már működő szervezetek vetélytársat látnak az új programban, amely a saját beágyazódottságukat és tevékenységeiket veszélyeztetheti. Ha sikerül a különböző szervezetek között koalíciót létrehozni a prevenciós program megvalósítása érdekében, külön kihívást jelenthet a koalíción belüli kommunikáció megvalósítása az eltérő szervezeti kultúra miatt. A már létező kezdeményezésekkel való párbeszéd jelentősen csökkentheti a kölcsönös gyanakvást és növeli az aktuális közösségi program sikerének esélyeit.

A gyermekbántalmazásra fókuszáló programok mélyen a közösségbe ágyazott értékeket, normákat és tabukat érinthetnek, így ellenálásba ütközhetnek a közösség részéről. Az ellenállás másik gyakori forrását az illető közösség különböző szervezetekkel való korábbi tapasztalatai képezik, akiket a közösség gyakran kizsákmányolónak, a közösség sajátosságaival szemben érzéketlennek éreztek, akik megérkeztek, ideiglenesen hatástalan, sőt ártalmas tevékenységet végeztek, majd elmentek anélkül, hogy a közösség valóban úgy érezte volna, hogy nyert valamit az illető tevékenység által. A gyermekbántalmazásra fókuszáló programok esetén a közösség tagjaiban gyakori a félelem attól, hogy a cél tulajdonképpen a gyerekek kiemelése a családjukból. A programokat a saját tapasztalatukra irrelevánsnak érezhetik, ugyanakkor a hatékonyság érdekében elengedhetetlen az alkalmazás során az akadémiai pontosság, ami nehézséget jelenthet a közösség mindennapi életének körülményei között. Mindezekkel együtt a célravezető programnak az akadémiai tudásra és pontosságra kell építenie, ugyanakkor közösségbarátnak, fenntarthatónak és a közösség létező struktúráiba illeszkedőnek kell lennie (Molnár, Scoglio & Beardslee, 2022).

A programok fenntarthatósága. A fenntarthatóság érdekében a programot a közösségnek magáénak kell éreznie, és hosszútávon neki magának működtetnie. Ilyen értelemben a program elindítása tulajdonképpen csak katalizátor szerepet játszik a kívánt változás beindításában. Ennek érdekében az elindításkor a programot a közösség sajátosságaihoz kell szabni és a tagjait kell kiképezni és megerősíteni, hogy hosszútávon képesek legyenek működtetni azt. Azoknak a rétegeknek, csoportoknak a megnyerése, amelyek aktívak a közösségen belül, a koalíció építése elengedhetetlen feltétele a fenntarthatóságnak, aminek érdekében a közösség tagjainak nyújtott képzésnek ki kell terjednie a különböző finanszírozási források előteremtésének lehetőségeire is. (Molnar, Scoglio & Beardslee, 2022).

Összefoglalásképpen elmondhatjuk, hogy a közösség alapú prevenciós programoknak négy feltételnek kell megfelelniük (Molnar & Beardslee, 2014):

1. *A közösség szükségleteinek ismeretéből és megértéséből indulnak ki.* Ennek érdekében az első lépést egy átfogó kutatás képezi, amely kiterjed az adott közösség struktúrájára, jellemzőire, élő gyakorlataira és a program céljával kapcsolatos potenciális kihívásokra.
2. *A közösség átfogó megváltoztatására törekednek.* A gyermekbántalmazás megelőzése beágyazódott értékek, normák és az ebből fakadó viselkedések megváltoztatását feltételezik. Ennek érdekében a programoknak a közösség számára elfogadható, rezonábilis alternatívákat kell kínálniuk.
3. *A közösség tagjaira építsen.* A program megvalósulása szempontjából fontos, hogy a közösség tagjai partnernek érezzék magukat, akiknek a meglátásait, javaslatait tiszteletben tartják.
4. *A fenntarthatóság biztosítása.* Bármilyen értékes is egy program, ha nem fenntartható, aláássa a közösség hitét a változásban és felőrlí erőforrásait, ezért a fenntarthatóságnak a program tervezésénél is fontos szempontnak kell lennie. (Molnar & Beardslee, 2014)

A továbbiakban röviden ismertetünk egy közösség alapú gyermekbántalmazás prevenciós programot.

Erős közösségek a gyerekekért (Strong Communities for Children, Melton, 2014)

A program – amely magát inkább mozgalomként definiálja – célja a gyermekbántalmazás megelőzése úgy, hogy a közösségi környezeten változtatnak és nem a kockázatot képviselő egyéneket célozzák meg. Célmondata: „ne maradjon ki egy család sem” (Melton & McLeigh, 2020, 131.old). Célja az volt, hogy erősítse a családok társas beágyazódottságát és támogató hálózati rendszerét, bátorítsa a kölcsönös segítségnyújtást, és ahol szükséges, professzionális segítséget nyújtson a közösségbe beágyazott direkt szolgáltatások által (Melton & McLeigh, 2020). Négy fő alapelvre épül: 1. *gondoskodó közösség* (a közösség tagjai figyelnek egymás szükségleteire, elsősorban a szomszédsági kapcsolatok megerősítése által); 2. *inkluzivitás* (minden család számára biztosítják az egyenlő hozzáférést és tiszteletet); 3. *optimizmus* (a közösségi hatékonyság érzés megerősítése); 4. *cselekvés* (a családok és a gyerekek érdekében konkrét tettekre van szükség és lehetőség)

(Melton & McLeigh, 2020). A program abból indul ki, hogy a segítségnek természetesen kell jönnie, anélkül, hogy azt valaki kérné. Ennek érdekében egy négylépcsős logikai modell alapján működik (Melton & McLeigh, 2020):

1. *A hír terjesztése:* ebben a fázisban a cél a közösséggel való kapcsolatépítés és a gyermekbántalmazással kapcsolatos tudatosság növelése. Edukatív tevékenységeket foglal magába a gyermekbántalmazás és a társadalmi sajátosságok összefüggéseiről. Amikor a közösségben kezdték megérteni a gyermekbántalmazás okait, bevezették a második fázist.
2. *A közösség mozgósítása:* a közösségen belüli beszélgetések és cselekvések elősegítése, valamint a természetes segítségnyújtást elősegítő struktúrák létrehozása. Ebben a periódusban szomszédság-alapú szövetségeket hoztak létre és olyan eseményeket szerveztek, amelyek lehetőséget nyújtottak a kapcsolatépítésre (fesztyvók, szomszédsági partik, stb.).
3. *A közösségi erőforrások növelése:* miután a szomszédsági szerveződések önállóan kezdtek működni, kezdték építeni a családok számára elérhető erőforrásokat (például felírták a kisgyermekes családokat és olyan szerveződések hoztak létre, amelyek ezeknek a szükségleteire válaszoltak)
4. *A létrehozott erőforrások intézményesítése:* a létrejött kapcsolatok felhasználása annak érdekében, hogy folyamatos és fenntartható szolgáltatások jöjjenek létre. Az „Erős közösségekben” résztvevő szervezetek biztosították a képzést és a technikai segítséget az újonnan létrejött szervezeti formáknak és összekapcsolták azokat (Melton & McLeigh, 2020).

Az ismertetett szakaszok gyakran egymásra tevődtek. A program által alkalmazott két fő stratégia a közösség mobilizálása és a direkt szolgáltatások biztosítása volt. A közösség mobilizálása szakemberek segítségével valósult meg, akiknek a feladata az volt, hogy azonosítsák a közösségben elérhető erőforrásokat a gyermekek biztonságának növelése érdekében és hogy önkénteseket vonjanak be. Amikor megtalálták a létező szervezetek szerepét az új programban (például a tűzoltó állomás épületében terem egy after-school program számára), lehetségessé vált a

direkt szolgáltatások bevezetése, ami a kezdeményezés elindítása után kb. három év után kezdődött el, és megfelelt a logikai modell harmadik szintjének. Az *Erős közösség* kezdeményezés célja az volt, hogy minden olyan család számára, ahol 6 év alatti gyerek van, létezzen valaki – fizetett vagy önkéntes – aki követte a szükségleteiket. A programhoz a családok csatlakoztak, nem küldték őket (Melton & McLeigh, 2020). A programhoz három fő területen lehetett csatlakozni: egészséggondozás, iskolák és közösségi szervezetek, amelyek keretén belül a fiatal családok segítséget kaphattak olyan személyek és szervezetek részéről, amelyekben megbíztak (Melton & McLeigh, 2020).

Az egészséggondozási területen alkalmazott egészségügyi személyzet feladata az volt, hogy gyermekorvosokat és szülészeket nyerjenek meg a programnak, akik támogatást és irányítást nyújtottak a jövőbeli anyáknak és csecsemőiknek. A program keretén belül az orvosokat ellátták olyan ismeretterjesztő anyagokkal, amelyeket kioszthattak a hozzájuk látogató személyeknek, és felvehették a kapcsolatot a program keretén belül egy mentálhigiénés kompetenciával rendelkező szakemberrel, amely lehetővé tette a család otthon és közösségben történő támogatását, ha erre szükség volt.

Az oktatási szinten a program együttműködött az óvodákkal, és a beiratott 4-5 évesek családját a nyár folyamán látogatták, és az iskolai év folyamán gyermek-szülő és szülő centrikus programokat biztosítottak számukra. A szokásos mentális egészségre fókuszáló segítség mellett bátorították a családok közötti kölcsönös segítségnyújtást, például az azonos osztályba járó gyerekek szülei között segítettek kideríteni, hogy kik azok, akik a közelben laknak, így instrumentális támogatást nyújthattak egymásnak.

A programhoz való csatlakozás harmadik fő területe a családok számára szervezett különböző tevékenységek révén valósulhatott meg, amelyeket a létező szervezetekhez kapcsolódva hoztak létre. A családok számára programokat nyújtó szervezetek leggyakrabban direkt szolgáltatásokat is nyújtottak a rászorulóknak. A leggyakoribb tevékenységek a játszócsoportok voltak, ahol a szülők ismerkedhettek, míg a gyerekek játszottak, de ide tartoztak a vonzó tevékenységekkel összekötött

esti programok, amelyek lehetővé tették, hogy a szülők gyerekek nélkül pihenhessenek és feltöltődhessenek, a szülő-gyermek közös programok, pénzügyi tanácsadás és a család személyes tanácsadójával való beszélgetések a sajátos szükségletek kielégítése céljából (Melton & McLeigh, 2020)

A program hatása tartósnak bizonyult, hatékony volt a közösségek bevonását illetően és a gyermekek biztonságának növekedése szempontjából (Melton, 2014). Összehasonlítva az *Erős közösség* kezdeményezésben résztvevő fiatal családokat hasonló életkorú és összetételű közösségekben élőkkal, az eredmények egyértelműen pozitívak a programban résztvevő családok javára: alacsonyabb szintű szülői stresszről számoltak be, magasabb szociális támogatást érztek, gyakrabban kaptak segítséget szomszédaiktól, magasabb volt a személyes és közösségi hatékonyságérzetük, gyakoribbak voltak körükben a pozitív szülői viselkedések és az otthon alkalmazott biztonsági intézkedések (például gyerekzár használata), ritkább volt a figyelmetlen szülői viselkedés és az elhanyagolás (Melton, 2014). Bár az *Erős közösségek* program elsősorban kisgyerekekre fókuszál, a hatásai érintették az általános iskolás gyerekeket is, ami azzal magyarázható, hogy a kisgyermekes családoknak gyakran vannak nagyobb gyerekeik is, másrészt ahhoz, hogy az iskolaelőkészítő osztályokban családbarát légkör jöjjön létre, az egész iskolára kiható változásoknak kell végbemenniük. A szolgáltatásban részesülő közösségekben a felnőttek és a gyerekek meggyőződésévé vált, hogy a gyerekek biztonságban vannak az iskolába vezető úton és magában az intézményben, és a szülők nagy része úgy érezte, hogy az iskolai személyzet komolyan veszi őket, ami fokozta a szülők és gyerekeik iskolai elkötelezettségét, ami az iskolai lemorzsolódással ellentétesen ható egyik legfontosabb tényező. (Melton, 2014; Melton & McLeigh, 2020).

3. Széleskörű szülői készségfejlesztő prevenciós programok

Ahogy egyre szélesebb körben elterjedt a gyermekbántalmazás negatív következményeinek tudatosítása, egyre szélesebb lett a szakadék a bántalmazó szülői attitűd felvállalása és a családban ténylegesen alkalmazott szülői gyakorlat között. Éppen ezért a bántalmazás megelőzése

szempontjából megnőtt azoknak az üzeneteknek a jelentősége, amelyeknek megfelelően a szülői okató programok és a különböző nehézségek esetén biztosított segítségnyújtás változatos formái mindenki számára hasznosak, nem csak egy bizonyos, kockázatnak tekintett csoportnak. Ezt a szerepet töltik be a széleskörű célpopulációra tervezett szolgáltatások, melyek általában a szülők oktatását és neveléssel kapcsolatos készségeik fejlesztését biztosítják, és széleskörű célcsoportjuknál fogva csökkentik a stigmatizációt, amely a szülői készségfejlesztő tevékenységeken való részvételhez kapcsolódik (Daro & Benedetti, 2014).

A jelenleg alkalmazott szülői készségfejlesztő programok célja a szülői és családi kockázati tényezők csökkentése azáltal, hogy javítják a szülők gyermeknevelési készségeit és megváltoztatják a szülők fizikai fegyelmezés iránti attitűdjeit. Az alkalmazott stratégiák a pozitív szülő-gyermek interakciók elősegítésére, a gyermek fejlődésével kapcsolatos ismeretek bővítésére, a pozitív fegyelmezési stratégiák kialakítására, a szülőknek a gyerekekhez és a saját szülői szerepükhöz való pozitívabb viszonyulására irányulnak. Általában hangsúlyt fektetnek a szülő saját érzelmi jóllétének a javítására, ezen belül a düh kontrollálására (Gubbels, van der Put & Assink, 2019).

Az *ACT-Parents Raising Safe Kids* (ACT-PRSK) program (Silva, 2007)

Az ACT-PRSK egy Egyesült Államokban kifejlesztett széleskörű szülői készségfejlesztő program, a szülőket és a gyermekek elsődleges gondozóit tekinti célcsoportnak, függetlenül attól, hogy képviselnek-e kockázatot a gyermekbántalmazás szempontjából. A program során a résztvevők erőszakmentes fegyelemezési technikákat tanulnak, társas problémamegoldó készségeiket javítják és ismereteket szereznek a különböző életkorú gyerekek fejlődési sajátosságairól (Silva, 2007; Gubbels, van der Put & Assink, 2019). A program beépíthető a gyerekeknek és szülőknek szánt tágabb közösségi programokba és gyakran az intenzívebb intervenció első lépését képezi, ugyanakkor alacsony költségű, ezért elterjedt (Abrams & Portwood, 2010). Az ACT-PRSK program hatékonynak bizonyult a gyerekek fele irányuló agresszív verbális és pszichológiai szülői

megnyilvánulások csökkentésére (Knox, Burkhart & Cromley, 2013; Lawrenz, Yousafzai & Habigzang, 2021)

A Triple P (Positive Parenting Program), Sanders (1999)

Széleskörben alkalmazott prevenciós program az Ausztráliában kidolgozott Triple P – Pozitív Szülői Nevelés Program (Positive Parenting Program) (Sanders, 1999; 2008), mely öt különböző szintet foglal magába a gyermekek fejlődési szakaszainak megfelelően csecsemőkortól serdülőkorig. Mindegyik fejlődési szakasznak megfelelően a program egyaránt tartalmaz széleskörű, minden gyereket megcélzó és a szűkebb, magas bántalmazási kockázatot képviselő gyerekekre fókuszáló komponenseket. A célok közé tartozik a szülők önszabályozó készségének javítása, a szülői hatékonyság-érzés növelése, az önreflexiós készség kialakítása, a szülői felelősség erősítése a saját tettekért és a változás eléréséért valamint a problémamegoldó készségek erősítése (Sanders, 2008).

Az első szintet (univerzális Triple-P) egy informáló médiakampány képezi, amelynek célja a szülői nevelés különböző kihívásainak tudatosítása és a szülői készségfejlesztő programokban való részvétel normalizálása. Ezen a szinten lehetőség van a szakemberekkel történő kapcsolatfelvételre, például információs telefonvonalak igénybevételével. A program következő szintjét (választott Triple-P) azoknak a szülőknek szánják, akiknek a gyermek fejlődéséhez vagy valamilyen viselkedéséhez kapcsolódó konkrét kérdésük van (pl. szobatisztaságra szoktatás, lefekvés körüli huzavona, stb.). Ilyenkor szükség esetén a szülő telefonos vagy szemtől-szemben történő tanácsadásban részesülhet egy szakember részéről. A program harmadik szintjét (szűk fókuszú, elsődleges gondozói tréning) olyan esetekben javasolják, amikor a szülőnek egy sajátos, körülhatárolt probléma kezeléséhez tanácsokra és célzott készségek elsajátítására van szüksége, amit négy telefonos vagy személyes tanácsadási ülés keretén belül biztosítanak. A negyedik szint (standard Triple-P) egy széleskörű szülői készségfejlesztő tréning, amelyet egyéni, csoport, illetve önsegítő csoportok formájában valósítanak meg. Ezek a programok pozitív fegyelmezési technikákat oktatnak, amelyek a gyermekkori viselkedési problémák széles területére alkalmazhatók. Az ötödik szint (kiterjesztett Triple-P) intenzív családi

intervenciókat jelent sajátos problémák esetén, mint például a gyermek viselkedésproblémái, függőségek vagy házastársi konfliktusok. Ezen a szinten a tevékenységek helyzethez igazított intenzív családi üléseket jelentenek, melyeknek témái között szerepel a viselkedésmenedzsment, düh - és érzelemszabályozás, a stresszel való megküzdés és a házastárs támogatása (Sandres és mtsai 2000; Sanders, 2008). Mindegyik szinten a gyerekek fejlődési szakaszának megfelelő adaptált változatok érhetők el. Észrevehető, hogy a program szintjei a prevenció elsődleges és másodlagos formáit egyaránt magukba foglalják.

A Triple-P program hatékonynak bizonyult a pozitív fegyelmezési technikák alkalmazása szempontjából és csökkentette a gyermeki viselkedések ellenséges túlreagálását a szülők részéről és a fizikai fegyelmezési módszerek használatát, és a regisztrált hatások tartósak bizonyultak (Gagne és mtsai, 2023; Sanders és mtsai, 2014).

4. Másodlagos, szelektív programok a gyermekbántalmazás megelőzésére

A bántalmazás megelőzésére alkalmazott legelterjedtebb megközelítéseket foglalják magukba. A kockázatot képviselő szülőket célozzák meg. Kiindulópontjukat az a feltételezés képezi, hogy a bántalmazás okát a szülői készségek és a gyerekek fejlődési sajátosságaira vonatkozó ismeretek hiánya képezi, így céljuk a szülői kompetenciák fejlesztése, illetve a szülők saját gyermekkorukban elsajátított diszfunkcionális nevelési módjainak hatékonyabbakkal és agressziómentesekkel való helyettesítése (Abrams & Portwood, 2010). Az amerikai evidencia alapú programok nemzeti nyilvántartása (National Registry of Evidence-based Programs – NREPP) a szenvedélybetegségekre és mentális egészségre szakosodott szolgáltatások adminisztrációja (Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA) bevonásával szigorú kritériumok alapján értékeli a prevenciós programokat, és az Olds' Nurse Family Partnership (Olds-féle Gondozó Család Partnerség), az Incredible Years (Hihetetlen Évek), Parenting Wisely (Neveljünk bölcsen) illetve a már említett Triple-P programot emeli ki modellként. A hatékony másodlagos prevenciós programok családlátogatásokat építenek magukba, mert így megfelelőbb támogatást

tudnak nyújtani a szülőknek az elsajátított készségek alkalmazásában, a családi légkör szabályozásában illetve a biztonságos környezet megteremtésében (Abrams & Portwood, 2010).

Az Erős családok (Strong Families) program (Fraser, Abell, Galinsky, Schopler & Hodges, 2010).

A hátrányos helyzetű családok számára kidolgozott evidencia alapú programok közé tartozik. Célja, mint a felsorolt programok esetében, a szülő-gyermek kapcsolatok erősítése, pozitív fegyelmezési stratégiák elsajátítása, a gyermek számára kiszámítható és biztonságos környezet kialakítása, hatékony, agressziómentes kommunikáció tanítása és a szülő sterszszkezelő képességének javítása. A program figyelembe veszi azokat a környezeti tényezőket, amelyek bizonyos szülői kockázati tényezőkkel kölcsönhatásban növelik a bántalmazás előfordulásának esélyét. Ilyen tényezőnek tekintik a program készítői a szülői erőforrások hiányát, ezért hangsúlyt fektetnek a családoknak a megfelelő szociális szolgáltatásokkal való összekapcsolására illetve a család számára elérhető szociális támogató hálózat megerősítésére. A program 17 alkalmat foglal magába négy nagy témakör köré szervezve: (1) a gyermekre való ráhangolódás, (2) fegyelmezés, (3) kommunikáció, (4) a tanultak integrálása. Az első fejezethez öt találkozás tartozik, amelynek keretében fokozzák a szülők tudatosságát a gyermeke viselkedésére, az életkori sajátosságokra és a reális elvárásokra vonatkozóan, de kiemelik a családi kohézió növelésének a fontosságát is, közös, pozitív érzelmi légkörű tevékenységek által. A Fegyelmezés fejezet öt leckét foglal magába és a következetesség és kiszámíthatóság elvének fontosságát hangsúlyozza. Bemutat hatékony módszereket a nemkívánt viselkedés leállítására (pl.time-out) és a kívánt viselkedés kialakítására (pontok, viselkedés táblázat). A harmadik fejezet három találkozásból áll és az asszertív kommunikáció szabályainak elsajátítását tűzi ki célul, miközben megtanítja az aktív hallgatás, a másakra való odafigyelés módjait is, rávilágítva ennek fontosságára a szülő-gyermek kapcsolatok alakulásában. Az utolsó fejezet négy találkozást foglal magába és problémamegoldási készségek kialakítását valamint a szülő saját érzelmeinek kontrolljára vonatkozó stratégiák elsajátítását tűzi ki célul. A program csoportos

formában is alkalmazható de figyelembe véve, hogy a hátrányos helyzetű családok számára nehézséget jelent az otthonuktól távol levő programokon való részvétel – ami a lemorzsolódás egyik gyakori okát képezi – ajánlott a családlátogató formát alkalmazni. A program hatékonyságát fokozza, ha a gyermeket fegyelmező összes felnőtt részt vesz a találkozásokon – a család otthonában történő foglalkozások többek között ennek valószínűségét is növelik. A program alkalmazása javulást hozott a szülői viselkedés számos területén, ilyen a koercitív viselkedés, szülői konzisztencia, pozitív visszajelzések használata és a szülő-gyermek kapcsolatok (Haar és mtsai, 2021).

5. Képességalapú programok gyerekeknek – Személyes biztonsági szabályok és védelmet biztosító viselkedések elsajátítását kitűző programok gyerekek számára

Amint az előző pragrafusokból kiderül, a fizikai bántalmazás és elhanyagolás megelőzését célzó programok kiindulópontját az a feltételezés képezi, hogy a bántalmazás oka a szülő ismereteinek és erőforrásainak hiánya, ezért a célpopulációt a szülők képezik. Ettől eltérően, a szexuális bántalmazás prevenciója esetében a programok nem a potenciális elkövetőket, hanem a lehetséges áldozatokat – a gyerekeket – célozzák meg. Ezek a programok általában edukatív jellegűek, melyeknek keretében az iskolás gyermekeket megtanítják arra, hogy melyek a helyénvaló illetve nem helyénvaló érintések, miként védhetik meg magukat a nem kívánt szexuális közeledéstől, hogyan kérhetnek segítséget egy esetleges bántalmazás vagy megkörnyékezés esetén, valamint olyan asszertív viselkedésmódokat sajátítanak el, amelyek megóvhatják őket attól, hogy szexuális bántalmazók áldozataivá váljanak (Daro & Benedetti, 2014; McCoy & Keen, 2022). A szexuális abúzus megelőzését célzó programok fontos részét képezi bizalmi személyek azonosítása és az abúzus felfedése fontosságának tudatosítása, ugyanis a gyerekek csak felnőttek segítségével védhetik meg magukat a szexuális bántalmazástól. Ahhoz, hogy ez a segítségkérés megvalósuljon, fontos annak kihangsúlyozása, hogy a szexuális abúzus nem a gyermek hibája (McCoy & Keen, 2022). A programok nagy része megpróbálja a szülőket és nevelőket is bevonni, ami hozzájárul a közösség figyelmének

felkeltéséhez a szexuális abúzus problémájára vonatkozóan. Fontos célja ezeknek a programoknak, hogy a szülők és nevelők megtanulják felismerni a szexuális bántalmazás jeleit és beszélni róla a gondozásukban levő gyermekekkel.

A prevenciós programok hatékonynak bizonyulnak a gyerekek helyes szexuális viselkedésre vonatkozó ismereteinek bővülése szempontjából (Ferragut, Cerezo & Rodríguez-Fernandez, 2023), és egy ilyen programon résztvevő gyerekek nagyobb eséllyel felismerték és elkerülték a potenciális szexuálisan bántalmazásra utaló helyzeteket (Celik, 2024). Számos, szexuális abúzus prevenciós programban résztvevő gyermek beszámolt arról, hogy az ott tanultakat más kontextusban is használta a felnőttekkel való kapcsolatban (pl. nemet mondott nemkívánt dolgokra, elmondta egy bizalmi személynek, ha valami kellemetlen élményben volt része, segített barátjának, aki nemkívánt helyzetbe került) (McCoy & Keen, 2022). A szexuális abúzus megelőzésre irányuló programoknak voltak előre nem látott negatív következményei, mint a felnőttektől való szorongás növekedése, illetve voltak szülők akik arról számoltak be, hogy a gyerekeik agresszívbabbak lettek a testvéreikkel és más gyerekekkel a programon való részvételük után (Celik, 2024). A prevenciós programok keretében tanult stratégiák nem bizonyultak hatékonynak az aktuálisan történő szexuális abúzus leállításában, sőt nagyobb volt ilyen esetekben a gyermekek által elszenvedett sérülések aránya (valószínű, mivel megpróbáltak ellenállni) (McCoy & Keen, 2022), ami felhívja a figyelmet arra, hogy a szexuális abúzusra vonatkozó prevenciós programok alkalmazásánál körültekintően kell eljárni, a potenciális aktuális áldozatok biztonságát is szem előtt tartva.

A személyes biztonságra irányuló és védelmet biztosító viselkedés kialakítását célzó programok különböző módszereket alkalmaznak annak érdekében, hogy az információk és üzenetek a gyermekekhez közelálló formában hangozzanak el és így nagyobb eséllyel kerüljenek befogadásra: iskolai órák és workshopok, bábelőadások és szerepjátékok, filmek, munkafüzetek, meséskönyvek, képregények, illetve ezek kombinációja segíti a programok céljának elérését. Például: A *Chicoca fája* Mexikóban, a szexuális abúzus megelőzésére kidolgozott prevenciós program, mely egy bábfilm segítségével tanítja meg a 7–12 éves korosztály számára a szexuális

bántalmazás sajátos jegyeit, valamint a tennivalókat, ha a baj már megtörtént. Ennek a programnak a keretében sor kerül a szülőkkel és nevelőkkel való találkozásokra, akiket így felkészítenek arra, hogy felismerjék a szexuális abúzus jeleit a gondjaikra bízott gyermekek esetében, beszélgessenek a gyerekekkel erről a témáról és támogassák a gyerekekben azoknak az egészséges viselkedési mintáknak a kialakulását, amelyek csökkentik annak az esélyét, hogy a gyerekek szexuális visszaélés áldozataivá váljanak (asszertív viselkedés, nyílt kommunikáció stb.).

A különböző szervek/szervezetek szerepe a megelőzésben

Lévén, hogy okait tekintve összetett jelenségről van szó, a gyermekbántalmazás megelőzése csak széleskörű társadalmi összefogás révén valósulhat meg. A speciálisan gyermekvédelemre szakosodott állami intézményeken kívül egészségügyi szakemberek, szociális szervezetek, iskolák, igazságszolgáltatási szervek, hitközségek összefogására van szükség ahhoz, hogy hatékonyan lehessen fellépni ezen jelenség méreteinek csökkentése érdekében.

Az egészségügyi szakemberek kulcsszerepet játszanak a gyermekbántalmazás megelőzésében lévén, hogy a terhességgondozás, védőoltások és megbetegedések kezelése során a családok a látókörükbe kerülnek, így elsőként azonosíthatják a kockázatnak kitett családokat.

Az egészségügyi személyzet az elsődleges prevenció fontos tényezőjét képezi, ugyanis családbarát szülési feltételek és újszülöttgondozás biztosításával segíthetik a korai kötődés kialakítását anya és csecsemője között. A kötelező orvosi vizsgálatok, amelyek a csecsemők egészséges fejlődését követik, lehetővé teszik a megfelelő gondozás hiánya jeleinek korai azonosítását és megfelelő információk átadásával és az anyák támogatásával új szerepükben erősíthetik annak kompetenciaérzését és csökkenthetik a szülővé válás első periódusára jellemző megnövekedett stresszt. Ha a családnak több támogatásra van szüksége, mint amit az egészségügyi személyzet nyújtani képes, a gyermekvédelmi szolgáltatásokkal való együttműködés révén lehetségessé válhat a

családoknak célzott szolgáltatások felé irányítása. Az egészségügyi személyzet szerepét húzza alá az a Norvégiában végzett kutatás, amely azt mérte fel, hogy milyen mértékben használja az egészségügyi személyzet a gyermekbántalmazás felderítésére szolgáló előírásokat. Az eredmények szerint a megkérdezettek 43%-a minden rutinvizsgálatnál kitért a családra nehezedő stressz szintre, míg 42.2% specifikus, célzott találkozókra tért ki erre a témára. A válaszadók 93.7% célzott találkozók keretén belül szolgáltatott információkat a különböző bántalmazási formák hatásairól (pl. megrázott csecsemő szindróma), míg 2.7% minden alkalommal megtette ezt, és 1% alatt volt azoknak az aránya, akik soha nem beszéltek bántalmazásról a szülőkkel. A megfelelő határok állítása, fegyelemzés és büntetések célzott találkozások témáját képezték a válaszadók 61.7% nál, míg 4.9% minden találkozón beszélt ilyesmiről a családokkal (Midtsund és mtsai, 2024). Mindezek mellett az egészségügyi személyzet részéről ellenállás tapasztalható az esetek jelentésével szemben, aminek okai között megtalálható a kompetencia érzés hiánya a bántalmazás jeleinek azonosításában, szkepticizmus az esetek pozitív kimenetelére vonatkozóan és a gyermekvédelmi szakemberek és egészségügyi személyzet közötti kommunikáció nehézségei többek között az eltérő szervezeti struktúra miatt (Joh-Carnella és mtsai, 2023, Midtsund és mtsai, 2024). A gyanakvás csökkentésére és a kommunikáció javítására megoldást jelentethet az interdiszciplináris képzés biztosítása a különböző területről érkező szakemberek számára, amelyek térjenek ki az intézményközi együttműködés megvalósulásának feltételeire és módjára (Midtsund és mtsai, 2024).

Számos *civil szervezet* biztosít különböző szolgáltatásokat a gyermekek és szüleik számára. A játszóházak, az iskolás gyermekek számára létrehozott délutáni központok, a menhelyek, a szülőnevelő és támogató csoportok erőforrásként működnek a családok számára, segítséget nyújtanak a felmerülő problémák megoldásában, csökkentik a családok elszigetelődését és mindezek révén a családokat érő stresszt. Ezek a közösségre épülő szolgáltatások megteremthetik a keretet ahhoz, hogy a gyermekek védelmében érdekelt közösségek, szervezetek vagy akár csak segítőkész állampolgárok egymásra találhassanak, ugyanakkor aktív szerepet

vállalhatnak a direkt szolgáltatások nyújtásában (Melton, 2014; Molnar & Beardslee, 2014). Nagyon sok elsődleges és másodlagos prevenciós program szolgáltatásait civil szervezetek biztosítják vagy részt vesznek ezek megvalósításában, így olyan erőforrást képeznek, amelyek fontos pillérét képezik a gyermekekbántalmazás elleni küzdelemnek.

A *gyermeknevelési intézmények* kiváltságos helyzetben vannak a gyermekbántalmazás megelőzése szempontjából. Az itt dolgozó nevelők naponta kapcsolatban vannak a gyerekekkel, és főleg kisgyermekes esetében módjuk van megfigyelni a szülő–gyermek interakciókat, így elsőnek észlelhetik, ha valami aggodalomra ad okot. Mivel számos szülőnek tanácsokra, ismeretekre van szüksége a gyermekneveléssel kapcsolatban, és a szülők ismerik az óvodai, iskolai nevelőket, akik szaktekintélynek számítanak a gyermeknevelés terén, ezek az intézmények alapvető szerepet játszhatnak a gyermekbántalmazás megelőzésében. Ehhez azonban arra van szükség, hogy az iskola és a családok között bizalmi kapcsolat alakuljon ki, a családok azt érezzék, hogy a személyzet komolyan veszi aggodalmaikat, észrevételeiket (Melton, 2014). Ezért az iskolai személyzetnek tisztában kell lennie azzal, hogy a szülők saját negatív iskolai tapasztalataik, valamint általában az autoritással és az állami szervekkel kapcsolatos tapasztalataik miatt szoronghatnak az iskolai közegben, és ennek a csökkentése az iskola feladata, például barátságos fogadtatással. Nagyon fontos a szülők érzéseinek, tapasztalatainak validálása, szükségleteik tudatosítása, valamint a saját gyerekükre vonatkozó tudásuk értékelése (Centre for Early Child Development, 2023).

A pozitív iskolai légkör mellett, hogy az iskolai elköteleződést is segíti, mely kapcsolatban van az akadémiai sikerrel, az ott tanulók számára érzelmileg és fizikailag biztonságos közeget teremt (Dudley, Nickerson, Kim & Livingston, 2022). A „gondoskodó iskola” jellemzői Sexton-Radek (2010, 62. old) szerint a következők:

- személyes kapcsolat a tanárok és a tanulók között, hagyományok és rituálék, melyek erősítik a közösségi érzést az iskola és az osztály szintjén, a tanulók érzelmi támogatása;
- széleskörű, a tanulók tapasztalataira épülő, azt validáló tanterv, együttműködésre építő tanítási stratégiák alkalmazása;

- olyan helyzetek bátorítása, ahol a tanulók egymás számára erőforrásként működnek, a bevonódás, teljesítmény és közösség érzését keltve;
- a magas elvárások a fegyelmezett munkára, a saját teljesítmény javítására és személyes kompetenciák kialakítására, ne a versengésre vonatkozzanak;
- minden tanuló teljesítményét monitorizálják, hogy a kitűzött kompetenciákat mindenki elsajátíthassa, szükség esetén személyre szabott segítség igénybevételével;
- úgy iskolai, mint osztálytermi szinten lehetőséget adni a különböző tehetségek, képességek, tanulási stílusok megnyilvánulására, elismerést ne csak az a pár kiemelkedő tanulmányi teljesítményt nyújtó tanuló kapjon.

Azzal együtt, hogy a bántalmazás elsődleges és másodlagos prevenciójában az iskolának jelentős szerepe lehet, az iskolai személyzet is vonakodik jelenteni az észlelt bántalmazás eseteket, aminek az oka hasonló az egészségügyi személyzet esetében azonosítottakkal: a tünetek felismerésének hiánya vagy bizonytalanság ezekkel kapcsolatban, a jelentés módjára vonatkozó ismeretek hiánya és bizalmatlanság az eset pozitív kimenetelére vonatkozóan (Dudley és mtsai, 2022). A gyermekbántalmazás jeleire, jelentés módjára, következményeire és az intézményközi együttműködés sajátosságaira vonatkozó képzések fontossága az iskolai személyzet esetében is hangsúlyozottan feltevéődik.

Következtetések

Jelen pillanatban a leghatékonyabbnak tartott prevenciós programok azok, amelyek bizonyos demográfiai jellemzők alapján azonosított kockázati csoportoknak szólnak. Ezzel szemben a bántalmazás ökológiai elmélete rávilágít arra, hogy a bántalmazás a különböző társadalmi szinteken ható tényezők bonyolult kölcsönhatása eredményeképpen jön létre, a kockázati csoportoknak demográfiai alapon történő azonosítása amellet, hogy megbélyegző, pontatlan is (McCoy & Keen, 2022). A környezeti tényezők gyermekbántalmazásban játszott szerepének tudatosítása felhívja a figyelmet arra, hogy a szülőket hibáztató módszerek nem vezetnek

eredményre és a gyerekek helyzetének javításához arra van szükség, hogy ebben a kérdésben társadalmi felelősségvállalás valósuljon meg, mely széleskörű összefogást és az elérhető erőforrásoknak erre a területre való koncentrációt feltételezi (Daro, 2022). Bármilyen beavatkozás esetén természetes elvárás, hogy bizonyítottan eredményes legyen, ugyanakkor ez a megközelítés elzárja az utat az innovatív megoldások előtérbe kerülése előtt. A hatékonynak bizonyult programok célpopulációjának jellemzői idővel változhatnak, és az eredményességet nem lehet elválasztani az alkalmazás módjától, így a nem megfelelő körülmények közötti alkalmazás nagymértékben csökkentheti az eredményességet. Ezzel egyidőben megjelenhetnek olyan új megközelítések, amelyek a felmerülő nehézségek tudatában magukban foglalják ezek megoldásának lehetőségét, viszont támogatás hiányában nem tudnak széleskörű alkalmazást nyerni (Daro, 2022). Ennek érdekében olyan alkalmazási és értékelési folyamatokra van szükség, mely folyamatos visszajelzés nyomán lehetővé teszi a javítások bevezetését (Daro és Benedetti, 2014).

Mindezeknek ismeretében a jövőbeni prevenciós programokkal kapcsolatos kérdések három dimenzió szerint rendszerezhetőek: (1) a célpopuláció minél szélesebb körű legyen-e vagy bizonyos kockázati csoportokra fókuszált; (2) az evidencia alapú programok támogatása nem gátolja-e az újító megoldások bevezetését; (3) közvetlenül bizonyos szolgáltatásokat kell-e támogatni vagy inkább egy komplex ellátó struktúra fejlesztésébe lenne célszerű fektetni (Daro & Benedetti, 2014; Daro, 2022). A fenti kérdésekkel kapcsolatban még nincs megegyezés a szociálpolitika, a tudományos közösség képviselői és a gyakorlati szakemberek között. Természetes, hogy a kockázati csoportokra fókuszáló programok mutatják a legnagyobb változásokat, hiszen ott volt a célcsoport a legjobban rászorulva a tevékenységekre, ugyanakkor az nem derül ki a felmérésekből, hogy ki az, aki kimarad a programon való részvétel stigmatizáló jellege miatt, és azt is nehéz eldönteni, hogy a kockázati viselkedés vagy csoportba tartozás előtt megszerzett szülői ismeretek milyen mértékben előzték meg a potenciális jövőbeni bántalmazási formák megjelenését (Daro, 2022). A prevenciós programokban való részvétel stigmatizáló jellegének elkerülése végett igéretesnek tűnik az a megközelítés, mely bizonyos, bántalmazás

szempontjából nagyobb kockázatot képviselő fejlődési stádiumokra (pl.csecsemőkor, dackoreszak, serdülőkor) koncentrál és ezen belül széleskörűen elérhető szolgáltatásokat nyújt. Lényeges követelmény a prevenciós programok esetében a flexibilitás, vagyis a programnak a különböző populációkra való adaptálhatósága, miközben az alapcélkitűzések nem sérülnek (Sanders, 2023). Ahhoz azonban, hogy a gyermekbántalmazás megelőzése egyre szélesebb körben elterjedhessen, elkerülhetetlen a kérdésnek közegészségügyi problémává nyilvánítása, és a megfelelő finanszírozás biztosítása a szűrésre, a kutatásra, mely a jelenség mögött található folyamatok és a közöttük levő kölcsönhatások finomabb feltérképezésére irányulnak, de szükség van a célpopuláció szükségleteinek állandó monitorizálására és a programok hatékonyságának mérésére is (Sanders, 2023). A gyermekekkel kapcsolatba kerülő, különböző területeken aktíváló szakemberek képzése a bántalmazás felismerésére, gyanú esetén követendő eljárásokra illetve az intézményközi együttműködésre ugyancsak elengedhetetlen feltétele annak, hogy a gyermekek biztonságban nőjenek fel. Tekintetbe véve a gyermekbántalmazás előfordulásának bonyolultan összeszövődő okait és a gyerekek fejlődésére gyakorolt hosszútávú káros hatásait, tudatában kell lennünk annak, hogy a probléma csak a társadalmi szereplők széleskörű összefogásával oldható meg.

Irodalomjegyzék

- Abdullah, A., R Emery, C., & P Jordan, L. (2020). Neighbourhood collective efficacy and protective effects on child maltreatment: A systematic literature review. *Health & social care in the community*, 28(6), 1863–1883. <https://doi.org/10.1111/hsc.13047>
- Abrams, L., & Portwood, S. G. (2010). Protecting Children in their Homes: Effective Prevention Programs and Policies. In J.-M. Lampinen, & K. Sexton-Radek (eds), *Protecting Children from Violence. Evidence-Based Interventions* (pp. 35-56). New York: Psychology Press.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 1–45). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Celik,P.(2024). The effectiveness of school-based child sexual abuse prevention programmes among primary school-aged children: A systematic review. *International Journal of Educational Research Open* (7). 100348. <https://doi.org/10.1016/j.ijedro.2024.100348>.
- Centre for Early Child Development (2023): Guidelines for becoming a trauma-informed school. blackpoolbetterstart.org.uk/centre-for-early-child-development
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 56(1), 96–118.
- Counts, J. (2009). Best Practices for Preventing Maltreatment of Children Ages Birth to Five . In C. Petr, *Multidimensional Evidence-Based Practice Synthesizing Knowledge, Research and Values* (pp. 38-61). New York: Routledge.
- Damashek, A., Morgan, E. C., Corlis, M., Richardson, H. (2018). Primary and secondary prevention of child maltreatment. In J. N. Butcher & P. C. Kendall (Eds.), *APA handbook of psychopathology: Child and adolescent psychopathology* (pp. 55–77). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000065-004>
- Daro, D. (2022). Sustaining Progress in Preventing Child Maltreatment: A Transformative Challenge. In: Krugman, R.D., Korbin, J.E. (eds) *Handbook of Child Maltreatment*, vol 14. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-82479-2_20
- Daro, D., & Benedetti, G. (2014). Sustaining Progress in Preventing Child Maltreatment: a Transformative Challenge. In J. E. Korbin, & R. D. Krugman, *Handbook of Child Maltreatment* (pp. 281-300). Dordrecht: Springer.
- Dodge, K. A., Goodman, W. B., Murphy, R. A., O'Donnell, K., Sato, J., Gupitill, S. (2014). Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *American journal of public health*, 104 Suppl 1(Suppl 1), S136–S143. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301361>
- Dudley, M., J., Nickerson, A., B. Kim, S., Livingston, J., A. (2022). School-based child abuse prevention: The role of school climate in intervention outcomes for teachers. *Psychology in Schools* 59(6).1158-1174.
- Ferragut,M., Cerezo, M,V., Rodríguez-Fernandez,R. (2023).Effectiveness of child sexual abuse prevention programs on knowledge acquisition: A meta-analytical study. *Child Abuse & Neglect*, (146). 106489,<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106489>
- Fraser, M., Abell, M., Galinsky, M. J., Schopler, J., & Hodges, V. (2010). *Familii puternice: program pentru educația părinților*. Kolozsvár: Kolozsvári Egyetemi Kiadó.

- Gagné, M. H., Clément, M. È., Milot, T., Paradis, H., & Voyer-Perron, P. (2023). Comparative efficacy of the Triple P program on parenting practices and family violence against children. *Child abuse & neglect* (141) 106204. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106204>
- Gray, J. (2017).Implications of Children's Services Policy on Child Abuse and Neglect in England. in. Dixon, L., Perkins, D., Hamilton-Giachritsis, C., Craig, L. (eds). *The Wiley Handbook of What Works in Child Maltreatment* (1st ed., pp 29-). Wiley-Blackwell. <https://www.perlego.com/book/990939>
- Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical psychology review*, 80, 101891. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101891>
- Gubbels, J., van der Put, C. E., & Assink, M. (2019). The Effectiveness of Parent Training Programs for Child Maltreatment and Their Components: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 2404. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132404>
- Haar, K., El-Khani, A., Mostashari, G., Hafezi, M., Malek, A., & Maalouf, W. (2021). Impact of a Brief Family Skills Training Programme ("Strong Families") on Parenting Skills, Child Psychosocial Functioning, and Resilience in Iran: A Multisite Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 11137. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111137>
- Hamilton-Giachritsis, C., Pellai, A. (2017).Child Abuse and Neglect: Ecological Perspectives, in. Dixon, L., Perkins, D., Hamilton-Giachritsis, C., Craig, L. (eds). *The Wiley Handbook of What Works in Child Maltreatment* (1st ed., pp 29-44.). Wiley-Blackwell. <https://www.perlego.com/book/990939>
- Hashima, P. Y., Wilkins, N. J., Mercy, J., & Graffunder, C. (2014). Promoting the health and well-being of children: The role of the Centers for Disease Control and Prevention in preventing child maltreatment. In S. Alexander, R. Alexander, & N. Guterman (Eds.), *Prevention of child maltreatment* . St. Louis MO: STM Learning, Inc.
- Hashima, P., Y. (2014).The Public Health Approach to the Prevention of Child Maltreatment. In Korbin, J., E., Krugman, R., D. (Eds.) *Handbook of Child Maltreatment* (pp.317-328).Springer.
- Howard, K. S., & Brooks-Gunn, J. (2009). The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect. *The Future of Children*, 19/2, 119-146.
- Joh-Carnella, N., Livingston, E., Kagan-Cassidy, M., Vandermorris, A., Smith, J. N., Lindberg, D. M., & Fallon, B. (2023). Understanding the roles of the healthcare

- and child welfare systems in promoting the safety and well-being of children. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1195440. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1195440>
- Knox, M., Burkhart, K., Cromley, A. (2013). Supporting positive parenting in community health centers: The ACT. Raising Safe Kids Program. *Journal of Community Psychology* (41), 395–407.
- Lippard, E. T. C., Nemeroff, C. B. (2020). The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders. *The American journal of psychiatry*, 177(1), 20–36. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010020>
- Lawrenz, P., Yousafzai, A., K., Habigzang, L., F. (2021). ACT Raising Safe Kids Program improves parenting practices, beliefs about physical punishment, management of anger, and mental health: Initial evidence from a study in Brazil, *Children and Youth Services Review*, (131). <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106299>.
- McCoy, M., Keen, S. (2022). *Child Abuse and Neglect* (3rd ed.). Routledge. <https://www.perlego.com/book/3291282>
- Melton, G., B. (2014). Strong Communities for Children: A Community-Wide Approach to Prevention of Child Maltreatment. In Korbin, J., E., Krugman, R., D. (Eds.) *Handbook of Child Maltreatment* (pp.329-339). Springer.
- Melton, G.B., McLeigh, J.D. (2020). The Nature, Logic, and Significance of Strong Communities for Children. *Int. Journal on Child Maltreatment*, 3. 125–161 . <https://doi.org/10.1007/s42448-020-00050-w>
- Midtsund, A.D., Henriksen, L., Lukasse, M., Valla, L. (2024). Detecting and preventing child maltreatment in primary care and PHNs' role—a cross-sectional study. *BMC Primary Care* 25(218). <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02445-x>
- Molnar, B., E., Beardslee, W., R. (2014). Community-Level Prevention of Child Maltreatment. In Korbin, J., E., Krugman, R., D. (Eds.) *Handbook of Child Maltreatment* (pp.301-3015). Springer
- Molnar, B.E., Scoglio, A.A.J., Beardslee, W.R. (2022). Community-Level Prevention of Child Maltreatment. In: Krugman, R.D., Korbin, J.E. (eds) *Handbook of Child Maltreatment. vol 14*. Springer.. https://doi.org/10.1007/978-3-030-82479-2_23
- Molnar, B. E., Beatriz, E. D., & Beardslee, W. R. (2016). Community-level approaches to child maltreatment prevention. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(4), 387–397. <https://doi.org/10.1177/1524838016658879>
- Molnar B.E., Goerge R.M., Gilsanz P., Hill A., Subramanian S.V., Holton J.K., Duncan D.T., Beatriz E.D., Beardslee W.R. (2016). Neighborhood-level social processes

- and substantiated cases of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 51, pp. 41 – 53. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.11.007
- Sanders, M. R. (2023). The triple P system of evidence-based parenting support: Past, present, and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(4), 880–903. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00441-8>
- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an Empirically Validated Multilevel Parenting and Family Support Strategy for the Prevention of Behavior and Emotional Problems in Children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, (2), 71-90. <https://doi.org/10.1023/A:1021843613840>
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical psychology review*, 34(4), 337–357. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003>
- Sanders M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 22(4), 506–517. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.506>
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The Triple P-Positive Parenting Program: A Comparison of Enhanced, Standard, and Self-Directed Behavioral Family Intervention for Parents of Children With Early Onset Conduct Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 68/4, 624-640.
- Sexton-Radek, K. (2010). Empirically-Based Violence Prevention Interventions. In J. M. Lampinen, & K. Sexton-Radek, *Protecting Children from Violence. Evidence-Based Interventions* (pp. 57-76). Psychology Press: New York.
- Silva, J. (2007). Parents Raising Safe Kids: ACT 8-Week Program for Parents. American Psychological Association
- Solomon, A., Maguire-Jack, K., Marçal, K. (2023). Neighborhoods and child abuse: Multiple informant perspectives, *Child Abuse & Neglect* (144). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106331>
- Wald, M. S. (2009). Preventing maltreatment or promoting positive development – where should a community focus its resources?: A policy perspective, pp. 182–195. In K. A. Dodge & D. L. Coleman (Eds.), *Preventing child maltreatment: Community approaches*. New York: The Guilford Press.



ISBN 978-606-37-2444-2