

Domán Zsófia

Pázmány Péter Katolikus Egyetem

Témavezető: Dr. Kengyel Gabriella

Absztrakt

Elméleti háttér: A párkapcsolati erőszak napjaink egyik legsúlyosabb társadalmi problémája, amely súlyos pszichológiai következményekkel járhat, de akár poszttraumás növekedéshez is vezethet. A párkapcsolati erőszak áldozatait gyakran évekig kísérhetik a traumával kapcsolatos szégyenérzet és a PTSD tünetei. Kutatásom azt vizsgálja, hogy a formális intézmények (pl. pszichológus, orvos) és az informális szociális kapcsolatok (pl. család, barátok) mennyiben segíthetnek, vagy éppen hátráltathatnak a trauma feldolgozásában. Kutatásom különös figyelmet fordít arra, hogy ezek a támogatási rendszerek hogyan befolyásolják a traumával kapcsolatos szégyenérzetet, a PTSD tüneteket és a poszttraumás növekedést.

Módszerek: A kutatásban 18-66 év közötti bántalmazott nő vett rész ($M=36,6$ $SD=12,54$), összesen 204 fő. A vizsgálat a következő elemeket tartalmazta: Intézményi Árulás és Támogatás Kérdőív (IBSQ), Szociális Reakciók Kérdőív rövid változat (SRQ-S), Traumával Kapcsolatos Szégyenérzet Kérdőív, Nemzetközi Trauma Kérdőív, Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív.

Eredmények: A vizsgálat eredményei kiemelik az informális és formális támogatás fontosságát, valamint, hogy a két támogatási forma eltérő módon járulnak hozzá a trauma feldolgozásához és a szégyenérzet csökkentéséhez. Azok a túlélők, akik semmilyen támogatásban nem részesültek ($M=0,308$ $SD=1,036$), illetve akik kizárólag formális támogatást kaptak ($M=0,114$ $SD=0,942$), magasabb szégyenérzetről számoltak be, szemben azokkal, akik mind formális, mind informális támogatást kaptak ($M=-0,614$ $SD=0,192$). Az eredmények emellett arra engednek következtetni, hogy a szociális támogatás összefüggésben lehet a poszttraumás növekedés ($r=0,207$, $p=0,020$) magasabb, valamint a traumával kapcsolatos szégyenérzet ($r=-0,213$, $p=0,002$) és a PTSD tünetek ($r=-0,155$, $p=0,027$) alacsonyabb szintjével, míg a szociális támogatás hiánya a PTSD tünetek ($r=0,377$, $p<0.001$) és a traumával kapcsolatos szégyenérzet ($r=0,500$, $p<0.001$) magasabb szintjével jár együtt.

Következtetés: A pszichológusi munka szempontjából fontos a formális és informális támogatás, valamint a traumával kapcsolatos pszichológiai következmények alapos vizsgálata. A kutatást érdemes lenne kiterjeszteni más populációkra, például férfi túlélőkre, hogy feltárjuk a hasonlóságokat és különbségeket. Továbbá a kutatás nem vizsgálta a különböző típusú traumák hatásait, ezért a jövőbeni kutatásoknak érdemes lenne ezekre a kérdésekre kitérni.

Kulcsszavak: *bántalmazott nők, párkapcsolati erőszak, poszttraumás növekedés, PTSD tünetek, traumával kapcsolatos szégyenérzet*

Tartalom

Absztrakt	0
I. Nők elleni erőszak	2
1.1. A bántalmazás hatásai.....	3
1.2. Miért nem kérnek segítséget?	3
II. Támogatás	5
2.1. Formális támogatás.....	5
2.2. Informális támogatás	7
III. PTSD	9
IV. Traumával kapcsolatos szégyenérzet	11
V. Poszttraumás növekedés (PTG)	13
VII. Módszer	16
7.1. Vizsgálati személyek.....	16
7.2. Mérészközök.....	17
7.2.1. Institutional Betrayal and Support Questionnaire Version 1.	17
7.2.2. Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív magyar változata	18
7.2.3. Trauma-Related Shame Inventory	19
7.2.4. Social Reactions Questionnaire-Shortened (SRQ-S).....	20
7.2.5. International Trauma Questionnaire (ITR)	21
VIII. Eljárás	21
8.1. Etikai szempontok	22
IX. Eredmények	22
Megvitatás	30
X. A kutatás korlátai	32
XI. Kitekintés	33
XII. Hivatkozások	34

I. Nők elleni erőszak

A nők elleni erőszak napjaink egyik legsúlyosabb társadalmi problémája, mely a közhiedelemmel ellentétben számos formát ölthet, beleértve a fizikai, lelki, gazdasági, szóbeli, társadalmi és szexuális bántalmazást. Ahogy Tóth Olga (2018) megfogalmazta: a nők elleni erőszak nemcsak szociális, hanem fontos emberi jogi és egészségügyi probléma is. Nők elleni erőszaknak minősül mind a magánéletben, mind a magánszférában bármilyen erőszakos cselekmény, amely fizikai, szexuális vagy pszichés károsodást okoz vagy okozhat és amelyet nőkkel szemben követnek el nemük miatt. Ide sorolható a fenyegetés, kényszerítés vagy a szabadságtól való önkényes megfosztás is (ENSZ,1993; Harjánné Brantmüller et al., 2022).

Sardinha és munkatársai (2022) kutatása alapján a nők 27%-a, vagyis minden negyedik nő, a 15-19 év közötti lányok pedig 24%-a szenvedett már el abúzust. 2023-ban napi szinten 140 nő és kislány veszítette életét valaki olyan keze által, akiben megbízott – legyen az egy közeli családtag vagy intim partnere (UN Women & UNODC, 2024). Magyar viszonylatban nézve, a 18-74 közötti korosztályban közel kétfélmillió nő van, akik érzelmi abúzust szenvedtek el partnerüktől életük során (Wirth & Winkler, 2015).

Ahogy fentebb említettem, a párkapcsolati erőszaknak különböző megnyilvánulási formái vannak, amelyet a NANE Egyesület (2022) összefoglalt. Ezek a következők:

(1) Szóbeli erőszaknak számít a lekicsinylés, a gúnyolódás, a fenyegetés, a nevetség tárgyává tevés, például, ha valakit a vallása vagy etnikai hovatartozása miatt nevetségessé tesznek vagy ha a másik fél öngyilkossággal fenyegetőzik. (2) Gazdasági erőszaknak minősül a társas és anyagi erőforrásoktól való elszigetelés, a saját pénzzel való rendelkezés vagy a munkába járás megakadályozása. (3) Társadalmi erőszak az elszigetelés, a barátoktól, családtól való eltiltás, a folyamatos ellenőrzés alatt tartás, például annak folyamatos ellenőrzése és szabályozása, hogy kivel beszélhet az illető, mit vesz fel, hova megy. (4) Lelki erőszaknak számít a partner valóságának megkérdőjelezése, megtörtént dolgok letagadása, a végleges féltékenykedés, a partner önbizalmának lerombolása, a partner okolása mindenért, akár a saját dühkitörésekért is, a partner érzéseinek állandó kétségbevonása, a problémák állandó jellegű letagadása, valamint a megfélemlítő viselkedés, például törés-zúzás, csapkodás, életveszélyes vezetés. (5) Testi erőszaknak minősül a pofon, ütés, fojtogatás, hajhúzás, rúgás, harapás, rázás, megégetés, fegyverrel való fenyegetés vagy bántás, valamint a partner alapvető jogainak megtagadása, a

mozgásszabadság korlátozása, a be-vagy kizárás, megkötözés, éheztetés, a szükséges gyógyszerek elrejtése. (6) Szexuális erőszaknak minősül minden olyan cselekedet, ahol a partnert olyan szexuális tevékenységre veszi rá, amely nem közös beleegyezésen alapul, a szexszel való fájdalomkeltés, megerőszakolás vagy intim testtájék megsebesítése, a fogamzásgátló szedésének vagy abortusz akadályozása, abortusz kikényszerítése (NANE Egyesület, 2022).

1.1.A bántalmazás hatásai

Nem hagyhatjuk figyelmen kívül a párkapcsolati erőszak hosszútávú, egészségre gyakorolt káros hatásait sem, mivel a bántalmazás különböző betegségek kialakulásához vezethet. A kutatások azt mutatják, hogy a bántalmazott nőknél kétszer nagyobb a depresszió kialakulásának veszélye (Harjánné Brantmüller et al., 2022), míg Golding (1999) azt találta, hogy a párkapcsolati erőszakot átélt nőknél a droghasználat és a poszttraumás stressz zavar (PTSD) esélye 3,6-5,6-szor nagyobb volt, mint azoknál a nőknél, akik nem éltek át ilyet életük során. Különböző kutatások is pozitív kapcsolatot találtak a párkapcsolati erőszak és a depresszió, PTSD, szorongásos zavarok, öngyilkossági hajlam, alvászavarok és étkezési zavarok között (Patton et al., 2022 idézi: Dillon et al., 2013; Bundon et al., 2013), ami megerősíti azt a kijelentést, hogy a párkapcsolati erőszak egy globális probléma, ami a testi és lelki egészséget is veszélyezteti (Harjánné Brantmüller et al., 2022).

1.2.Miért nem kérnek segítséget?

Sokszor felvetődik az a kérdés, hogy de miért maradtak a bántalmazóval, valamint, hogy miért nem kértek segítséget a bántalmazást elszenvedő nők, figyelmen kívül hagyva a bántalmazás komplexitását, valamint a kulturális és szociális tényezőket, amik hozzájárulnak ahhoz, hogy a nők csendben szenvednek.

Ellentmondásos módon az erőszakot átélt nőket két dologért hibáztatják: (1) azért, mert nem hagyták ott hamarabb a bántalmazó kapcsolatukat, (2) valamint, hogy úgy oldották meg ezt a problémát, hogy kiléptek belőle, ezáltal „tönkre téve” a családot (Enander, 2010).

A kapcsolatból való kilépés egy többlépésből álló komplex folyamat, ahol a bántalmazott nők többszöri kilépési kísérletről számolnak be a végleges kilépés előtt (Kelleher Associates & O'Connor, 1995; Kengyel et al., 2024).

Kengyel és munkatársai (2024) kutatásukban alátámasztották azt a tényt, hogy a tudatosítás nem feltétlenül elég ahhoz, hogy a kapcsolatból való kilépés lehetőségeinek keresését elkezdjék, mivel a résztvevők arról számoltak be, hogy a felismerés után a kapcsolatba fektetett energia, a kialakult érzelmi kötődés, továbbá a szóbeli bántalmazás és a bántalmazó manipulációjának internalizálódásából kifolyólag még igyekeztek megmenteni a kapcsolatot, ami magyarázható lenne Freyd (1996) árulás trauma elméletével és a traumatikus kötődés elmélettel (Dutton és Painter, 1981).

Freyd (1996) elmélete szerint önmagában nem csak a bántalmazás okoz traumát, hanem maga az a tény is, hogy egy olyan embertől szenvednek el erőszakot az áldozatok, aki eredetileg a szeretet és bizalom forrása volt számukra és akihez egy szoros kötelék fűzte őket. Az árulástrauma elmélet szerint, az áldozatok, hogy biztosítsák a túlélésüket, elfojtanak bizonyos emlékeket a bántalmazással kapcsolatban (Platt et al., 2009). A kapcsolat fennmaradása az olyan személyeknek, akik anyagilag függenek a bántalmazótól és/vagy közös gyermeket nevelnek, egyet jelent a túléléssel, főleg, ha a kapcsolatot „coercive controll”, vagyis kényszerítő ellenőrzés és erőszak jellemzi, mivel ezesetben az áldozat az ellenállásával vagy a kapcsolat elhagyásának gondolatának kimondásával kockáztatja, hogy a bántalmazás fokozódik vagy elveszti az anyagi támogatást (Platt, Barton & Freyd, 2009). Az erős érzelmi kötéléket a traumatikus kötődéselmélet magyarázza, mely szerint a hatalmi egyensúlyhiány, valamint a bántalmazó részéről az időszakosan váltakozó pozitív és negatív viselkedés következtében a bántalmazó és a bántalmazott között erős érzelmi kötelék alakul ki (Carrington, 2021 idézi: Dutton és Painter, 1981).

Emellett Evans és Feder (2016) három okot azonosított azzal kapcsolatban, hogy az áldozatok miért nem kérnek segítséget, mégpedig az önhibáztatást, a múltbeli párkapcsolati tapasztalatokat és a nyilvánosságra hozatal következményeitől való félelmet. Ezenfelül a gyermekeik elvesztésétől és a megtorlástól való félelem is visszatartja a nőket, hiszen, ha fény derül az abúzusra, az több erőszakos cselekménnyel járhat az elkövető részéről (Evans és Feder, 2016). Példának említve a Purple házaspár esete, ahol a feleségnek a szociális szolgálatok azt mondták, hogyha több családi incidenst jelent, akkor soha nem kapja vissza a gyermekeit (Hester, 2013), ami felfedi azt a másik súlyos problémát, hogy a nők sok esetben azért nem fordulnak a hivatalos szervek felé, mivel nem bíznak abban, hogy segítséget nyújtanának számukra. Kengyel és munkatársai (2024) kutatásában az egyik túlélő arról számolt be, hogy Magyarországon nem lehet megbízni az igazságszolgáltatásban, valamint volt, aki szakmai

segítséghez fordult, de se a rendőrség, sem a bíróság nem vette komolyan a férje elleni panaszát azzal indokolva, hogy a párkapcsolati erőszak egy szerelmi ügy és otthon a négy fal között kell megoldani.

A formális és informális támogatás, valamint a saját és a gyermekek egészsége iránti aggodalom olyan tényezők, amelyek elősegítik a bántalmazó párkapcsolatból való kilépést (Heron et al., 2022 idézi: Kengyel és munkatársai, 2024), valamint a társadalmi támogatás ellensúlyozza a bántalmazás hatásait a túlélők fizikai és mentális egészségére nézve, csökkentve annak előfordulását, hogy további bántalmazást tapasztaljanak (Coker et al., 2002; Coker et al., 2003 idézi: Gregory et al., 2017), de ha bármelyik formális támogatást biztosítandó intézmény közül akár csak egy is kudarcot vall, az eredményezheti a bántalmazóhoz való visszatérést és az erőszakos kapcsolatból való kilépés feladását (O'Connor, 2002), ezért különös figyelmet kell fordítanunk az intézményi árulás és támogatás témakörének.

II. Támogatás

„A társadalom és az intézmények, ahonnan a nők segítséget kérnek, a probléma és a megoldás részét képezik” (O'Connor, 2002)

Az elsődleges lépés a felépülés felé vezető úton, a túlélő biztonságának megteremtése (O'Connor, 2002), mivel a bántalmazás eredményeként az egyén elképzelése a világról, mely szerint az egy biztonságos és jóindulatú hely, megszűnik (Janoff-Bulman, 1992). A szociális támogatás kiemelt szerepet játszik a bántalmazó kapcsolatból való kilépésből (Rose & Campbell, 2000), mivel ez erősítheti a nő önbecsülését és az önuralom érzését is (Nurius, Furrey és Berliner, 1992).

Támogatásnál megkülönböztetjük a társadalmi támogatásról alkotott elképzeléseket és a ténylegesen kapott társadalmi támogatást, ahol a szociális támogatás pozitív érzékelése meghatározóbb, mint a ténylegesen kapott szociális támogatás mértéke (Dworkin et al., 2019).

2.1. Formális támogatás

Formális támogatás alatt hivatalos forrásból származó segítséget értünk, mint például a rendőrség, orvosok, bántalmazott nőknek segítő szervezetek, családsegítő, pszichológusok, jogi tanácsadók, míg informális támogatásnál a barátokra, családokra, munkatársakra, szomszédokra gondolunk. Rose & Campbell (2000) a szociális támogatás két nagy csoportját

különböztette meg, mégpedig az (1) instrumentális támogatást (pl. anyagi segítség, szállás biztosítása) és az (2) érzelmi támogatást.

Az intézményi áruulás egy valós probléma, ami akkor következik be, amikor az intézmény a traumatikus élményre nem megfelelően reagál azáltal, hogy nem az áldozat érdekeit helyezi előtérbe vagy nem megfelelően kezeli (Lorenz, 2021). Ebbe beletartozik az áldozathibáztatás vagy a nem egyértelmű jelentési módszerek is, ami azzal a következménnyel járhat, hogy az áldozatok nem jelentik be a bántalmazást (Rice, 2014 idézi: Smith & Freyd, 2014), vagyis a rendszer hiányosságaiból adódóan, fenntartják az erőszakot. Ullman és Filipas (2001) azt találta, hogy negatív tapasztalatok az összes támogatásforrástól érkeznek, de a hivatalos szerveket, mint például a rendőrség, orvosok, ügyvédek, a segítségkérők kevésbé értékelik támogatónak, s az áldozathibáztatást gyakoribb jelenségnek élték meg formális forrásoknál, mint informálisnál. Monteith és munkatársai (2016) összefüggést találtak az intézményi áruulás és a PTSD, valamint depresszió tünetekkel kapcsolatban a katonaságban megélt szexuális trauma következményében. Pinciotti és Orcutt (2021) azt találták, hogy azok a személyek vannak a leginkább kitéve az intézményi áruulás megtapasztalásának, akik súlyosabb PTSD tüneteket mutatnak, valamint azok a túlélők, akik idősebbek és gyakrabban tesznek vallomást.

O'Connor (2002) felhívja a figyelmet arra, hogy a bántalmazott nőknek mennyire nehéz lehet a segítségkérés a hivatalos szervektől, mivel egyszerre több helyen kell eligazodniuk, mint például a krízisszálláson, az ügyvédi szolgáltatásokon, menedékhelyeken, a támogatást nyújtó szervezeteken, miközben próbálnak egyszerre megélni és túlélni. Kiemelten fontos az, hogy hogyan kezelik a bejelentett bántalmazást a szervek és mennyire vannak felvilágosítva a témával kapcsolatban, mivel a nem megfelelően kezelt bejelentés életeket követelhet. Több esetben a segítségkérést nem valódi segítség követi, hanem pszichiátriai beutalás, hajléktalanság, szegénység, az erőszak fokozódása, a gyermekeik felügyeleti jogának elvesztése, bírósági megjelenések és legrosszabb esetben a bántalmazás halálig való fajulása (O'Connor, 2002 idézi: Stark & Flitcraft, 1996; Zorza, 1994; Kelleher & O'Connor, 1999), vagyis a polgári és büntető igazságszolgáltatási rendszer nem megfelelő védelme és igazságszolgáltatása tovább fokozza a nő veszélyeztetettségét (O'Connor, 2002). A párkapcsolati erőszakkal kapcsolatos stigmatizáció, mint például az a gondolat, hogy a párkapcsolati erőszak „magánügy”, hozzájárul az erőszak fenntartásához, mivel a bejelentett eseteket nem kezelik megfelelően, valamint Sabri és munkatársai (2018) azt találták, hogy a bántalmazott nők csak extrém körülmények között hajlandóak segítségkérésre, tekintettel arra,

hogy félnek a válástól, valamint az ezzel együtt járó stigmatizációtól. A nőkkel kapcsolatos hiedelmek szerint az ideális anya és feleség kész feláldozni saját önállóságát és szabadságát, hogy megfeleljen a társadalmi elvárásoknak. Ez a hozzáállás gyakran megakadályozza a segítségkérést (Kengyel, 2024 idézi: Dasgupta and Warriar, 1996), s ezt a hiedelmet Evans és Feder (2016) kutatása is alátámasztja, hiszen a nők gyakran anyai szerepükkel, illetve a családot összetartó erejével indokolták a segítségkérés hiányát, vagy a párkapcsolatból való kilépés késlekedését.

A megfelelő védelem biztosítása különösen fontos, amikor a nő elhagyni készül a kapcsolatot, hiszen, ha fény derül az abúzusra, az több erőszakos cselekménnyel járhat az elkövető részéről (Evans és Feder, 2016), valamint régebbi statisztikák azt mutatják, hogy legalább a nők 50%-át a partnerük öli meg, s az esetek felében akkor, amikor éppen elhagyni készül a kapcsolatot (McWilliams & Spence, 1996 idézi: O'Connor, 2002). Frissebb adatokat nézve az UNODC (2018) azt találta, hogy a világszerte meggyilkolt nők és lányok több, mint egyharmadát partnereik ölik meg, azaz napi szinten 82 nő veszti életét párkapcsolati erőszak által. Ahogy már korábban említettem, Kengyel és munkatársai (2024) kutatásában több nő is arról számolt be, hogy úgy érzik a rendszer nem védi meg őket, s aki jelentette az esetet az sem kapott védelmet. Linda & Campbell (2000) kutatásában a nők szintén arról számoltak be, hogy vonakodtak támogatást kérni, mivel előre tudták, hogy milyen reakciókat és választ fognak kapni. Volt olyan áldozat, aki ennek ellenére felhívta a rendőrséget, akik annyira lassan érkeztek meg a helyszínre, hogy a nő hamarabb elment, mint ahogy ők odaértek, valamint a társát sosem tartóztatták le. Ezenfelül a gyermekeik elvesztésétől és a megtorlástól való félelem is visszatartja a nőket, (Evans és Feder, 2016), amit a Purple házaspár esete jól szemléltetett (Hester, 2013).

Összességében a fent említett tanulmányok alapján a nők úgy érzik, hogy a rendszer cserbenhagyja és nem védi meg őket, pedig a párkapcsolaton belüli erőszak egy fontos társadalmi probléma.

2.2. Informális támogatás

Kutatások azt mutatják, hogy a női áldozatok leggyakrabban az informális szociális hálózataikhoz tartozó személyekhez fordulnak (Mahlstedt & Keeny, 1993, Goodkind et al., 2003, Moe, 2007; Fanslow & Robinson, 2010; Edwards et al., 2012; Johnson & Belenko, 2019; idézi: Boethius & Akerström, 2020). Beeble és munkatársai (2009) azt találták, hogy az észlelt

társas támogatás magasabb életminőséggel és kisebb mértékű depresszióval járt együtt, míg Campbell, Sullivan és Davidson (1995) szintén alátámasztották azt, hogyha a bántalmazott nők elégedettek voltak a kapott szociális támogatás minőségével, akkor kevésbé voltak depressziósak.

Hermann (1992) megfogalmazta azt a tényt, hogy a trauma eltávolodást eredményezhet a közösségtől, sőt még önmagunktól is, ezért kiemelt figyelmet kell fordítanunk az emberek reakcióira, amikor az áldozatok segítséget kérnek vagy megosztják a történetüket. Dworkin, Charlotte és Ullman (2019) tanulmányukban leírták, hogy Ullman (2000) a negatív szociális reakciók 5 típusát különítette el, ahol a túlélő ellen forduló reakciók magukba foglalják a (1) megbélyegző reakciókat, amikor is elutasítják és másként bánnak a túlélővel, az (2) irányítás átvételére irányuló reakciókat, amikor is az irányítást, a döntést át akarják venni a túlélőtől és lekicsinylik őt, vagy az élményét, valamint az (3) áldozathibáztató reakciókat, ahol a felelősséget az áldozatra ruházzák át és nem a bántalmazót okolják a bántalmazásért, ezek a reakciók jelentősen rosszabb pszichopatológiával járnak, mint az (4) egocentrikus reakciók, amikor nem a túlélő szükségleteit helyezik előtérbe, hanem a sajátjukat és a (5) figyelemelterelő reakciók, amikor az erőszakról való beszélgetést elterelik.

Dworkin és munkatársai (2019) kiemelték az expectancy violations theoryt, mely szerint a környezettől, helyzettől és személytől függően az egyének egy bizonyos viselkedést várnak el másoktól és különösen nagy figyelmet fordítanak az interperszonális kapcsolatokban megjelenő viselkedésre, mint a formális támogatásnál. Kétféle viselkedést különböztetnek meg: (1) az elvárás megsértő és (2) az elvárás megerősítő viselkedést, ahol az előbbi nagyobb hatást gyakorol, mint az utóbbi. Az emberek reakciói kiemelt szerepet kapnak, mikor egy túlélő megosztja a történetét és megerősítheti a világról alkotott elképzelését is. Vegyük példának azt, hogy a túlélő elmondja egy barátjának a vele történt nehézségeket, amire a barátja kétféle módon reagálhat: (a) empatikusan, megértően, meghallgatva az áldozatot, vagy (b) áldozathibáztatva és szégyent keltve benne. Az (a) esetben elvárás megerősítő viselkedést tanúsít a másik személy, amely nem befolyásolja negatívan a túlélő jóllétét, mivel összhangban lehet a túlélő által elvárt reakcióval, de a (b) eset, az elvárás megsértő viselkedés, érzelmi stresszt és kognitív újraértékelést eredményezhet, valamint megerősítheti azt a traumával kapcsolatos meggyőződést, mely szerint mások nem fognak segítséget nyújtani szükség esetén (Resick, Monson & Chard, 2016), valamint eredményezheti a túlélő önmagáról alkotott

képének megváltozását, ami járhat önhibáztatással (Dworkin, Charlotte & Ullman, 2019 idézi: Kennedy & Prock, 2018).

Rose & Campbell (2000) azt találta, hogy az áldozatok leggyakrabban a lánybarátaiktól kérnek segítséget és legalább 50%-ban hasznosnak találták a bántalmazásról való megnyílást, valamint a nők 29%-a édesanyjukkal beszélt a bántalmazásról, míg Kengyel és munkatársai (2024) kutatásában voltak, akik arról számoltak be, hogy a barátaik és a környezetük nem melléjük, hanem a bántalmazó mellé álltak, mivel jó szándékot feltételeztek a bántalmazó viselkedése mögött. Rose & Campbell (2000) azt írták, hogy a család esetében a megosztott lojalitás miatt vannak olyan esetek, amikor a családtagok nem nyújtanak segítséget a nőnek vagy ambivalensnek érzik azt. Kutatások azt mutatták, hogy míg a pozitív reakciók nincsenek hatással a pszichiátriai tünetekre, addig minden negatív reakció pszichopatológiával jár együtt (Ullman & Filipas, 2001 idézi: Davis, Brickman & Baker, 1991; Ullman, 1996). A nőknél előforduló szociális támogatás hiánya erősebben összefügg a PTSD kialakulásával, mint férfiaknál (Olf, 2012 idézi: Ahern et al., 2004; Andrews, Brewin, & Rose, 2003; Weismann et al., 2005). Ullman & Hagene (2014) azt találták, hogy a pozitív reakciók szerepet játszottak abban, hogy a túlélők adaptívabb megküzdési stratégiákat használjanak és érzelmi támogatásért forduljanak. Úgy gondolták, hogy a támogató reakciók segítik a túlélőket abban, hogy olyan erőfeszítéseket tegyenek, amik által visszanyerik a kontrollt az általuk befolyásolható dolgok felett, elősegítve a felépülési folyamatot. Ezzel szemben a negatív reakciók növelték az áldozathibáztatást, a tehetetlenség érzését és csökkentették a másokba vetett bizalmat, ami vezethet ahhoz, hogy a túlélők maladaptív megküzdési stratégiákat vesznek igénybe, s elkerülik a traumával való foglalkozást, negatív hatást gyakorolva a PTSD tüneteiből való felépülésre (Ullman & Hagane, 2014).

III. PTSD

A párkapcsolati erőszakkal leggyakrabban előforduló zavar a poszttraumás stressz zavar (PTSD) (Johnson & Zlotnick, 2009), amely a bántalmazott nők körében nagyjából 75%-os előfordulási aránnyal rendelkezik (Griffin, Resick & Yehuda, 2005; Johnson et al., 2008), valamint a bántalmazott nők több, mint felénél gyakori a kialakulása a komorbid depresszióknak, poszttraumás stressz zavarral társulva (Keri et al., 2014). Több kutató is azt találta, hogy a pszichológiai bántalmazás erőteljesebb indikátora lehet a PTSD kialakulásának, mint a fizikai bántalmazás (Dutton, Goodman & Bennett, 2001; Street & Arias, 2001; Pico-Alfonso, 2005),

ami magyarázható Masci & Sanderson (2017) felvetésével, miszerint a pszichológiai bántalmazást nem értékelik annyira súlyosnak, mint a fizikait, ezért sok esetben nem is jelentik, ami hosszútávú szenvedéshez vezethet.

A PTSD tünetei közé tartoznak az ICD meghatározása alapján az emléketörések, ahol a személy újra éli a traumáját, amelyek rémálmok formájában is megjelenhetnek, a másoktól való elszigeteltség érzése, a környezetre való érzéketlenség, az anhedónia, valamint a traumára emlékeztető tevékenységek és helyzetek elkerülése. Ez járhat fokozott ijedtséggel, álmatlansággal, valamint sokszor társul mellé szorongás és depresszió, valamint öngyilkossági gondolatok. Brandes és munkatársai (2002) azt írták, hogy a PTSD a memóriát és a figyelmet érintő kognitív károsodással jár. Olff (2012) leírta, hogy az oxitocin milyen nagy szerepet játszik a poszttraumás stressz zavarban, hiszen az egyik funkciója az, hogy a veszély elmúltával visszaállítsa a stresszrendszert a normális állapotába, de a PTSD-ben szenvedő egyéneknél diszfunkcionális állapot lép fel, amit a stresszválasz elégtelen helyreállítása vált ki, ezért „az agyban a vészcsengő továbbra is szól, s a stresszreakciót nem tudják elfojtani”. Olff (2012) azt is kiemelte, hogy a munkamemória is feltöltődik a traumatikus esemény szenzoros emlékeivel (szagokkal, képekkel, hangokkal), a félelemkioltás is csökken, továbbá a stresszrendszer is túlérzékenyvé válik, ami miatt a legkisebb kiváltó okra is teljes erővel tüzel. A PTSD-ben szenvedőknél érzékenyebb a hipotalamusz-hipofízis mellékvese-tengely, ami megzavarja a stresszválasz és az immunrendszer központi és hormonális szabályozását a szabályozatlan kortizol-mintázat által, ami azzal a következménnyel járhat, hogy növelheti a fogékonyságot bizonyos betegségekre.

Olff (2022) három fontos faktort nevezett meg a PTSD kialakulásánál, mégpedig a nemet, a genetikát és a társas támogatottságot, Úgy találták, hogy a nőknél kétszer vagy háromszor nagyobb az esélye a PTSD kialakulásának traumát követően, mint férfiaknak (:De Vries & Olff, 2009; Kessler et al., 1995 idézi: Olff, 2012). Olff (2012) azt írta, hogy a szociális támogatás hiánya, a környezet általi elismerés hiánya az egyik legkövetkezetesebb kockázati tényezője a PTSD-nek, valamint, ha mégis kialakul a PTSD, akkor az egyén gyorsabban felépül, ha megfelelő szociális kötődésekkel rendelkezik, melynek egyik magyarázata az oxitocin lehet, amely a társas érintkezés minden formájánál felszabadul, s ami bizonyítottan hatással van egészséges kísérleti alanyoknál a stresszválaszra (Olff, 2012; Heinrichs, Baumgartner, Kirschbaum & Ehlers, 2003).

IV. Traumával kapcsolatos szégyenérzet

Street és Arias (2001) szignifikáns kapcsolatot állapítottak meg a PTSD tünetek súlyossága és a szégyen között, valamint Beck és munkatársai (2011) azt találták, hogy azon nők körében, akik magas szintű érzelmi/verbális bántalmazásról és elszigeteltségről számoltak be, ezek a tapasztalatok felerősítették a szégyen érzésének és a PTSD kialakulásának kapcsolatát. Jones & Badour (2024) azt írták, hogy a szégyen uralkodó érzelm interperszonális traumát túlélő emberek számára és súlyosabb PTSD tünetekkel jár együtt. Badour és munkatársai (2015) kutatásuk során 1522 interperszonális traumát átélő felnőttet vizsgáltak, amelynél a bántalmazással kapcsolatban PTSD-ben szenvedő alanyok 62%-a számolt be traumával kapcsolatos szégyenérzetről, valamint azt találták, hogy a szégyen előrejelzi a PTSD megjelenését. Ezeket az eredményei alátámasztja DePrince és munkatársai (2011) kutatása is, akik a szégyen és a PTSD között szoros kapcsolatot találtak

Budden (2009) elmélete alapján a traumával kapcsolatos szégyenérzet egy elsődleges érzelm, ami az identitást érő társadalmi fenyegetés hatására keletkezik egy traumatikus esemény során. A traumatikus esemény során az egyének megtapasztalják a kontrollvesztettség és a tehetetlenség érzését, súlyosabb traumánál pedig a méltóság és a hatalom elvesztését is, amelynek eredménye a szégyen érzése. A szégyen az énre összpontosít és táplálja a belső fenyegetettség érzését, vagyis azt, hogy a túlélő sérültnek és alkalmatlannak látja magát (Au et al., 2017)

Camp (2022) leírja, hogy a párkapcsolati erőszakban a bántalmazók olyan eszközöket használnak, amelynek a célja, hogy partnerükben szégyent keltsenek, aláássák az autonómiájukat és a jó hírnevüket. Ez többféle módon tud megnyilvánulni. Fizikai bántalmazásnál megfosztják az áldozatot a saját teste és tere feletti kontrolltól, ami azt az érzést eredményezheti, hogy az elszenvető nem képes megvédeni magát és gondoskodni magáról. Az érzelmi bántalmazásnál ez egy lassabb folyamat lehet, melynél az autonómia aláásása, valamint az áldozat társadalmi megítélésének a rontása a cél, ami több apróbb lépésből is állhat, például folyamatos kritikából, a tartózkodás figyelemmel tartásából, a barátok, családtagok, munkatársak áldozat elleni hangolásából (Camp, 2022).

Doane (2007) több faktort azonosított női túlélők körében a szégyenérzettel kapcsolatban. A túlélők szégyent éreztek a saját bántalmazó viselkedésük, az önfeltárulkozás, a kapcsolat fenntartásának sikertelensége, a mások elvárásainak nem megfelelés és az önbecsapás miatt.

Néhány túlélő azért is szégyennel küzdött, mivel nem voltak képesek megvédeni magukat a bántalmazástól, vagy azért, mert túl sokáig maradtak a kapcsolatban és mert nem látták előre, hogy a partnerük bántalmazó lehet (Doane, 2010 idézi: Doane 2007). Továbbá Camp (2022) leírta, hogy a szégyen nemcsak a bántalmazásból, hanem a környezet megbélyegzéséből és a negatív feltételezésekből is adódhat, amik internalizált szégyent eredményezhetnek, valamint Dichter és munkatársai (2020) azt találták, hogy a túlélők mivel elítélve és lekicsinyelve érzik magukat, ezért inkább nem osztják meg a velük történt eseményeket, ezáltal, ha valaki úgy dönt, hogy mégis megbízik egy másik személyben és felvállalja ezt a traumatikus élményt és sebezhetővé válik, nagyon fontos, hogy a másik személy ne érvénytelenítse a túlélőt, mivel a túlélő szégyenérzetét felerősítheti mások reakciója (Camp, 2014 idézi: Camp, 2022).

Sok esetben a bántalmazás olyan mértékig fájul, hogy a távolságtartási végzés tűnik az egyetlen megoldásnak. Camp (2022) kiemeli, hogy a túlélők milyen nehézségekkel szembesülhetnek, mikor civil távolságtartási végzést kérnek és bírósághoz fordulnak. Először is Camp (2022) azt írta, hogy az, hogy a túlélők áldozatként azonosítják magukat vagy őket mások, nem feltétlenül egyezhet meg a magukról alkotott képpel, vagy azzal, ahogy szeretnék, hogy mások lássák őket. Továbbá az, hogy mélyen megalázó részleteket kell megosztaniuk a tapasztalataikról, mialatt meg kell védeniük bizonyos döntéseiket - például azt, hogy miért maradtak a bántalmazó kapcsolatban és miért használtak bizonyos stratégiákat a bántalmazás átélése során, amibe beletartozhat a partnerük ellen elkövetett erőszak is - mindezt egy tárgyalóteremben, ahol ott van az erőszakot elkövető fél is, traumatizáló és szégyent keltő lehet. Sokszor vallomást is kell tenniük azzal kapcsolatban, hogy félnek a jövőbeli bántalmazás lehetőségétől, ami szintén megterhelő azelőtt az ember előtt, aki a félelem forrását jelenti. Ezek az események szégyent kelthetnek a túlélőben, kiemelten akkor, ha az adott intézmények nem látják el a támogató funkciójukat és nem kezelik megfelelően az ügyüket, mivel ilyenkor az egyéneknek még az intézményi áruság érzésével is meg kell küzdeniük.

A szociális támogatás nagy szerepet játszik a traumával kapcsolatos szégyenérzetben. Ullman (2000) azt találta, hogy a szexuális abúzus felfedése után a túlélők pszichológiai jóllétét nagyban befolyásolja a kapott társadalmi reakciók minősége, mivel a negatív reakciók önváddal és szégyennel járnak együtt. Több kutatás is alátámasztotta azt az állítást, hogy a negatív szociális reakciók nagyobb szégyennel és több PTSD tünettől jártak együtt, mint a pozitívok (Ullman et al., 2007, Turner et al., 2013;). A szégyen eredményezheti azt a döntést, hogy a túlélők nem fordulnak mentális egészségügyi szolgáltatásokhoz és nem beszélnek a

bántalmazásról (Ullman, 2000; Dworkin et al., 2019), továbbá azok az egyének, akik úgy érzik, hogy nem oszthatják meg másokkal a velük történeteket, abban a hitben élnek, hogy a viselkedésüket, gondolataikat és érzéseiket meg kell változtatniuk (Pennebaker & Beall, 1986), ami szintén nagyfokú szégyennel jár együtt, továbbá szociális elszigetelődéssel, az értéktelenség és a tehetetlenség érzésével (Kubany & Watson, 2003; Øktedalen et al., 2014 idézi: Timblin, 2021). Ezzel szemben Orchowsky & Gidycz (2015) azt találták, hogy azok a túlélők, akik pozitív visszajelzést kaptak, meg voltak győződve arról, hogy az erőszak az elkövető és a társadalom hibája és kevésbé hibáztatták magukat a velük történt események miatt, emellett nagyobb valószínűséggel fordultak segítséghez (például pszichológushoz), mint azok az egyének, akiknek negatív reakciókkal kellett szembesülniük. A túlélő környezete jelentősen befolyásolja a gyógyulási folyamatot is, hiszen míg a negatív reakciók nagyfokú szégyenérzettel járnak együtt, amik Ehlers & Clark (2000) szerint képesek megerősíteni a traumatikus emlékeket és fenntartani a PTSD tüneteket, továbbá szociális elszigetelődéssel járnak, addig a pozitív reakciókat kapó túlélők kevésbé hibáztatják magukat és nagyobb mértékű érzelmi jólétről számolnak be (Demers et al., 2017).

V. Poszttraumás növekedés (PTG)

Young (2007) azt találta, hogy a kapcsolati erőszakot túlélő nők 71,6%-a pozitív változásról számolt be, amely a bántalmazó kapcsolatuk miatti küzdelemből adódóan következett be, míg Valdez & Lily (2015) mintájában a résztvevők 87%-a számolt be poszttraumás növekedésről. Cobb és munkatársai (2006) azt találták, hogy a párkapcsolati bántalmazást túlélők körében a legmagasabb a poszttraumás növekedés. Janoff-Bulman (2006) szerint a PTG-t egy nagy kihívást jelentő esemény váltja ki, amely alapjaiban megrengeti az egyén önmagáról és a világról alkotott képét, lerombolva azt a feltételezést, hogy a világ egy jóindulatú hely. Helyette a súlyos traumát átélő egyének a világot egy értelmetlen helynek láthatják, ez pedig azzal a következménnyel járhat, hogy megbékélnek a kevésbé biztonságos létezéssel és tudatosabbá válnak, vagyis át-és felértékelődik az élet számukra. Tedeschi & Calhoun (2004) a poszttraumás növekedést úgy fogalmazták meg, hogy az a „pszichológiai túlélési kísérletek következménye”, vagyis az egyén új valóságával való megküzdés során következik be és arra a folyamatra utal, mely során az egyén túllép a trauma előtti működésén, ami elkülönítendő magától a traumától, mert az továbbra is egy megrázó élmény marad.

A poszttraumás növekedésnek 5 területét különböztetik meg: (1) élet fokozottabb megbecsülése, (2) elmélyült kapcsolatok, (3) személyes erő fokozottabb érzése, (4) új életlehetőségek felfedezése, (5) spiritualitás felé fordulás (Zsigmond et al., 2017).

A poszttraumás növekedést különböző tényezők befolyásolják, melyeket Gill (2007) traumát megelőző tényezőknek, peri-traumás tényezőknek és poszttraumás tényezőknek nevezett meg. A traumát megelőző tényezőkbe például beletartozhatnak személyiségzavarok, pszichopatológia, valamint demográfiai változók, vagyis olyan tényezők, amelyek az egyénre és a környezetre jellemzőek és befolyásolják a patológia vagy a poszttraumás növekedés kialakulását (Doana, 2010). A peri-traumás tényezőknél megemlíthetjük a bántalmazás típusát és súlyosságát, míg a megküzdési stratégiák és a szociális támogatás poszttraumás tényezőknek számítanak.

Žukauskienė és munkatársai (2021) azt találták, hogy a szociális támogatás előre jelzi a poszttraumás növekedés magasabb szintjét és az új pozitív identitások kialakulását. Több kutatás is alátámasztotta, hogy a szociális támogatás pozitív hatással van a poszttraumás növekedésre (Ning et al., 2023; Prati & Pietrantonio, 2009). Coker és munkatársai (2004) megállapították, hogy azok a bántalmazott nők, akik pozitív szociális támogatást kaptak, jobb mentális és fizikai egészségállapottal rendelkeztek, melynek oka az lehet, hogy a pozitív társas támogatás vigaszt és biztonságot nyújt (Zukauskienė et al., 2021).

Bryngeirsdóttir & Halldorsdóttir (2022) kutatásuk során a PTG akadályait vizsgálták, ahol a nők beszámoltak arról, hogy milyen tényezők késleltették a poszttraumás növekedésüket. Több nő arról nyilatkozott, hogy öngyilkossági gondolatokkal küzdenek, magányosnak és elszigetelve érzik magukat, mivel vagy a bántalmazójuk szigetelte el őket, vagy a saját döntésük a bántalmazás alatt, továbbá az erős szégyenérzet negatív hatásáról is beszámoltak, mivel ebből fakadóan nem tudták megosztani az élményeiket és féltek a társadalom megbélyegzésétől is. A résztvevők az intézményi szociális támogatási rendszert is említették, mint negatívan befolyásoló tényezőt. Volt, aki attól rettegett, hogy elveszíti a felügyeleti jogát a gyermeke felett, mivel a gyermek szemtanúja volt a bántalmazásnak, többen arról számoltak be, hogy a bíróság a gyermek felügyeletével kapcsolatban nem hozott jó döntést, ami ismét felveti az intézményi áruhas kérdését. Az egyik hölgy így nyilatkozott az ezzel kapcsolatos döntésről: „A gyermekeim félnek az apjuktól, aki erőszakos volt velük a válásunk után. Minden második

héten vele kell élniük, mert úgy tűnik, engem nem vert meg eléggé azt hiszem. A rendszerünk annyira hibás, tele van problémákkal” (pt.15).

A teljes képet figyelembe véve, ahol a túlélőknek meg kell küzdeniük sokszor az igazságszolgáltatási rendszerrel, az őket körülvevő emberek áldozathibáztatásával, a stigmatizációval, az életük újraépítésével, az öngyilkos gondolatokkal, a magánnyal, az elszigeteltséggel, a rémálmokkal, amik gyötörnek őket, az anyagi bizonytalansággal, a félelem mindent felemésztő érzésével, valamint az elszennvedett traumával és még rengeteg nehézségekkel, ők mégis képesek valami újat és szebbet teremteni belőle. Képesek az életet egy teljesen más nézőpontból látni, s az elszennvedett kegyetlenségek ellenére, elkezdik jobban értékelni azt, új lehetőségeket látni benne, mélyebb kapcsolatokat kialakítani, megtapasztalni azt az érzést, hogy ezután ők már képesek mindenre. A poszttraumás növekedés egy mondást juttat az eszembe: „ha az élet citromod ad, csinálj belőle limonádét”. De ezek a nők, ezek a túlélők nem szimplán limonádét, hanem egy egész citromtortát és lakomát csináltak belőle, annak ellenére is, hogy az erőszak helyett biztonságot és szeretetet érdemeltek volna. Ahogy Tedeschi & Calhoun (2004) fogalmazta meg: a poszttraumás növekedés egyszerre egy folyamat és egy eredmény.

VI. Hipotézisek

Szakedolgozatom célja megvizsgálni, hogy:

1. A traumával kapcsolatos szégyenérzet mértéke eltér az intézményi áruulás mértéke szerint. Azok a személyek, akik nem tapasztaltak intézményi áruulást, alacsonyabb traumával kapcsolatos szégyenérzetről számolnak be, szemben azokkal a személyekkel, akik nagymértékű intézményi áruulást tapasztaltak.
2. Az informális szociális támogatás csökkenti a traumával kapcsolatos szégyenérzetet, a PTSD tüneteket és elősegíti a poszttraumás növekedést.
3. Az informális szociális támogatás hiánya növeli a traumával kapcsolatos szégyenérzetet, a PTSD tüneteket és negatív hatással van a poszttraumás növekedésre.
4. A traumával kapcsolatos szégyenérzet mediálja a szociális támogatás és a poszttraumás növekedés közötti kapcsolatot.

5. A traumával kapcsolatos szégyenérzet mediálja a szociális támogatás és a PTSD tünetek közötti kapcsolatot.
6. A traumával kapcsolatos szégyenérzet mediálja a szociális támogatás hiánya és a PTSD tünetek közötti kapcsolatot.
7. Azok a személyek, akik pozitív szociális támogatásban részesültek, mind intézményi és közeli kapcsolatban, alacsonyabb traumával kapcsolatos szégyenérzettel rendelkeznek, mint azok, akik csak az egyikben részesültek pozitívan, vagy egyikben sem.

VII. Módszer

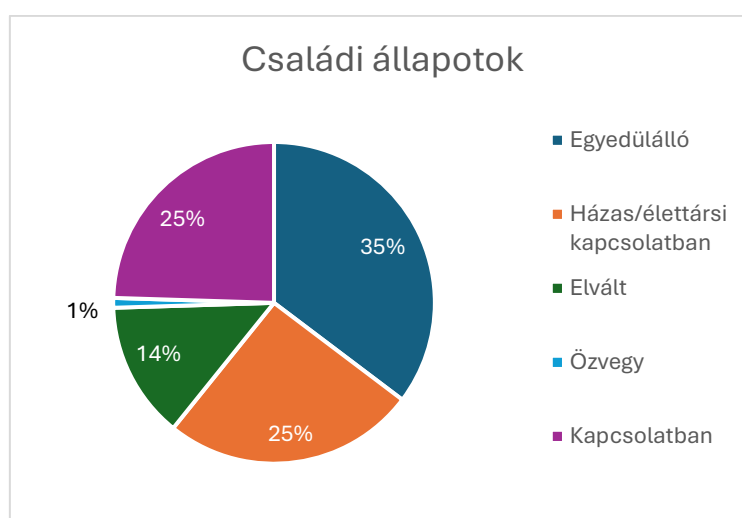
7.1. Vizsgálati személyek

18 év feletti női kitöltőket kerestem, akik jelenlegi vagy múltbeli kapcsolatukban bántalmazás áldozatává váltak (verbálisan, érzelmileg, fizikailag, szexuálisan és/vagy gazdaságilag). Összesen 544 személy töltötte ki a kérdőíveket, amelyből 204 ember adatát elemeztem az adatszűrések után. Kitöltőket tekintve, csak női kitöltőim voltak, átlagéletkoruk 36,6 év (SD=12,54). A kitöltők közel fele a fővárosban (42,65%), kisebb részük megyeszékhelyen (22,06%), kisvárosban (21,57%) és faluban (11,76%) él. Iskolai végzettségüket tekintve legmagasabb arányban a gimnáziumot végzettek voltak (28,92%), őket követték a alapidiplomával (25,49%), a mesterdiplomával vagy magasabb fokozattal (13,73%) rendelkezők, és a szakiskolát végzettek (12,25%). Legkisebb arányban a jelenleg is felsőoktatásban hallgatók (11,76%), felsőfokú szakképzéssel (6,86%) és általános iskolával (0,98%) rendelkezők voltak.

Iskolai végzettség						
Általános iskola	Szakiskola	Gimnázium	Felsőfokú szakképzés	Felsőoktatásban hallgató	Főiskola/ Egyetem (alapidiploma)	Egyetem (mester vagy magasabb)
2 (0,98%)	25 (12,25%)	59 (28,92%)	14 (6,86%)	24 (25,49%)	52 (25,49%)	28 (13,73%)

Jelenlegi foglalkozás

Diák 14 (6,8%)	Alkalmazott 112 (54,9%)	Vállalkozó 22 (10,78%)	Munkanélküli 13 (6,37%)	Nyugdíjas 3 (1,47%)	Diák és alkalmazott 23 (11,27%)	Egyéb 17 (8,33%)
----------------------	-------------------------------	------------------------------	----------------------------	------------------------	---	------------------------



7.2.Mérőeszközök

7.2.1.Institutional Betrayal and Support Questionnaire Version 1.

Az Institutional Betrayal and Support Questionnaire Version 1. az Institutional Betrayal Questionnaire (IBQ) alapján készült, amit az intézményi árulással kapcsolatos tapasztalatok felmérése használnak és Smith és Freyd (2013) nevéhez fűződik. Az eredeti IBQ-t kibővítve 10 tétellel, az IBSQ 26 tételből álló önbevallásos kérdőív. Az IBSQ az intézményeknek bejelentett traumatikus eseményre adott reakciót méri, legyen az pozitív vagy negatív (Rice, 2024), vagyis két fő csoportba sorolja a tételeket: (1) intézményi árulás és (2) intézményi támogatás, vagyis az IBSQ az intézményi támogatás és árulás mértékét méri különböző helyzetekben, mint például szexuális zaklatás vagy más traumatikus események következtében. 8 kérdés vonatkozik az intézményi támogatásra és 16 az intézményi árulásra. Olyan kérdések merülnek

fel benne, mint például „Valamilyen módon megbüntették Önt, amiért beszámolt a tapasztalatairól (pl. kiváltságok vagy státusz elvesztésével)?”, ami az intézményi áruláshoz tartozik, vagy „Olyan környezetet teremtett, ahol az ilyen típusú élményekről biztonságosan lehetett beszélni?”, ami pedig az intézményi támogatáshoz. A kitöltők igennel vagy nemmel válaszolhatnak, valamint van egy N/A verzió, amit akkor használhatnak, ha a kérdés nem vonatkozik a kitöltő személyre.

Gómez (2022) az IBSQ-n segítségével azt vizsgálta, hogy a nők és az etnikai kisebbségek fokozottan ki vannak-e téve az egyetemi szexuális erőszak kockázatának. Vizsgálata során az IBSQ magas belső megbízhatóságot mutatott mind az intézményi árulás, mind az intézményi támogatás tételeinél (Cronbach's $\alpha=.97$), ahogy az eredeti kérdőív (IBQ) is magas belső konzisztenciát mutatott (Cronbach's $\alpha=.96$) (Rosenthal és mtsai, 2016).

Az intézményi támogatás összpontszámának kiszámítása során az intézményi támogatásra vonatkozó kérdések válaszainak pontszámait összegeztem minden olyan intézmény esetében, amelyhez a résztvevő segítségért fordult. Az így kapott összértéket elosztottam azon intézmények számával, amelyekhez az adott személy fordult, így egy átlagos támogatottsági értéket kaptam minden résztvevő esetében. Ugyanígy jártam el az intézményi árulásra vonatkozó kérdésekkel is.

A kérdőív fordítását a kétirányú fordítási eljárás alkalmazásával végeztem el. A folyamat során két személy készítette el az angol nyelvű változatot, majd egy másik személy végezte el a visszafordítást magyar nyelvre. Ezt követően az angol verziót ismét lefordítottam magyarra, és a visszafordított magyar kérdőívet ismét angolra fordították a pontosság ellenőrzése céljából.

7.2.2. Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív magyar változata

Kovács és munkatársai (2012) elvégezték a Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív magyar adaptációját, mely eredetileg Tedeschi és Calhoun (1996) nevéhez fűződik, ami a súlyosan stresszes és veszteségekkel járó életeseményekkel való megküzdés során bekövetkező pozitív változások feltárására szolgál. A kitöltők 6-fokú Likert-skálán tudják jelölni, hogy az adott változás milyen mértékben következett be az életükben a krízis után. Az eredeti kérdőív öt faktor hivatott mérni: (1) új lehetőségek felfedezése, (2) a személyes erő érzetének fokozódása,

(3) az élet fokozott értékelése, (4) spirituális élményekkel való gazdagodás, (5) jelentéstelibb interperszonális kapcsolatok megélése.

A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív magyar változata faktoranalízise során nem volt sikeres az eredeti ötfaktoros modell reprodukálása, továbbá a három-és egyfaktoros modelleknél is azt találták, hogy nem illeszkednek az adataikra, viszont a belső konzisztenciáját nézve a Spirituális változás skála kivételével, az eredeti skálák Cronbach-alfája 0,7 feletti, továbbá a teszt-reteszt megbízhatósága is azt mutatta, hogy a kérdőív időbeli megbízhatósága is megfelelő.

A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív összpontszámához össze kell adni az egyes kérdésekre adott válaszok pontszámát. Minél magasabb a pontszám, annál valószínűbb a poszttraumás növekedés jelenléte.

7.2.3. Trauma-Related Shame Inventory

A Traumával Kapcsolatos Szégyenérzet Kérdőív egy 24 tételes önbevallásos kérdőív, amit a trauma következtében kialakuló szégyen különböző aspektusainak mérésére fejlesztettek ki (Øktedalen és mtsai, 2014). A kitöltők 4-fokú Likert-skálán tudják jelölni, hogy az elmúlt egy hétben mennyire volt rájuk igaz az adott állítás és minimum 0, maximum 72 pontot tudnak elérni. A magasabb pontszám a traumával kapcsolatos fokozott szégyenérzetet jelenti (Jones & Badour, 2024).

A 24 tételt két fő kategóriára lehet osztani: (1) belső szégyenre (internal shame), amihez az önelítélés, értéktelenség és erőtlenség érzete tartozik, valamint (2) külső szégyenre (external shame), amihez tartozhat az attól való félelem, hogy mások megvetik és/vagy elutasítják az adott személyt az elszenvedett trauma következtében. Alskáláit tekintve, 4 alskáláját különböztetjük meg, mégpedig a belső és külső önelítélést, valamint a belső és külső affektív-viselkedési komponenst.

A TRSI diszkrimináns validitást mutatott a trauma által kiváltott büntudat és az önsajnálát mértékeihez képest, ami azt jelenti, hogy képes különbséget tenni a traumával kapcsolatos szégyenérzet és a traumával kapcsolatos büntudat között. Belső konzisztenciáját tekintve a TSRI kiváló az összpontszám ($\alpha = 0,98$) és az alskálák tekintetében is, mivel a belső szégyen $\alpha = 0,98$, míg a külső szégyen: $\alpha = 0,96$ (Øktedalen és mtsai, 2014; Jones & Badour, 2024). A

Traumával Kapcsolatos Szégyenérzet Kérdőív nem tartalmaz fordított tételleket, az összpontszám kiszámításához az egyes kérdéseknél adott válaszok pontszámát összeadtam.

A kérdőív fordítását a kétirányú fordítási eljárás alkalmazásával végeztem el, amelyet faktoranalízis követett annak érdekében, hogy biztosítsam a fordítás megfelelőségét és a mérőeszköz pszichometriai jellemzőinek érvényességét. A faktoranalízis eredményei és a Cronbach-alfa értékek alapján a kérdőív belső konzisztenciája megfelelő.

	Belső önelítélés	Belső Affektív- Viselkedési Komponens	Külső önelítélés	Külső Affektív- Viselkedési Komponens
Cronbach Alfa	0.879	0.892	0.886	0.912

7.2.4. Social Reactions Questionnaire-Shortened (SRQ-S)

A 16 tételes Szociális Reakciók Rövidített Kérdőív a 48 tételes Szociális Reakciók Kérdőív (SRQ) rövidített verziója, amelynek célja a szexuális zaklatást követő társadalmi reakciók felmérése (Ullman és mtsai, 2017). Az eredeti kérdőívben a kitöltők 5 fokú Likert-skálán tudják jelölni, hogy a felsorolt 48 reakció közül milyen gyakran találkoztak az adott reakcióval a traumatikus élményük elmesélése után. Az SRQ és SRQ-S 3 főskálával és 8 alskálával rendelkezik: (1) pozitív reakciók, melynek alskálái közé tartozik az érzelmi támogatás és a kézzelfogható segítség, (2) nem segítőkész elismerés (unsupportive acknowledgment), melynek alskálái az elterelés, kontrollálás, egocentrikus reakciók, valamint az (3) ellenséges reakciók, ahova a stigmatizálás, infantilizálás és vádolás tartoznak, mint alskálák.

Belső konzisztenciáját tekintve az SRQ-S Ullmann és munkatársai (2017) által több főiskolai és közösségi mintán végzett elemzések azt mutatták, hogy megfelelő, ezáltal a skálák új, rövidített változatai az eredeti 48 tételes változathoz képest hasonlóan jelzik előre a felépülés fontos kimeneteleit. A Szociális Reakciók Rövidített Kérdőív használata során a 3 alskála pontszámait össze kell adni, majd átlagolni. Vizsgálatomban a negatív reakciókat az ellenséges reakciók és a nem segítőkész reakciók alkották.

A kérdőív fordítását a kétirányú fordítási eljárás alkalmazásával végeztem el, amelyet faktoranalízis követett annak érdekében, hogy biztosítsam a fordítás megfelelőségét és a

mérőeszköz pszichometriai jellemzőinek érvényességét. A faktoranalízis eredményei és a Cronbach-alfa értékek alapján a kérdőív belső konzisztenciája megfelelő.

	Pozitív Reakciók	Nem segítőkész elismerés	Ellenséges reakciók
Cronbach Alfa	0.733	0.607	0.877

7.2.5. International Trauma Questionnaire (ITR)

Az International Trauma Questionnaire egy önbevallásos diagnosztikai mérőeszköz, mely az ICD-11 által definiált poszttraumás stressz zavar (PTSD) és a komplex poszttraumás stressz zavar (CPTSD) mérésére lett Cloitre és munkatársai (2018) által kifejlesztve, ahol a kitöltők 5 fokú Likert-skálával tudják jelölni, hogy milyen mértékben zavarta őket az elmúlt 1 hónapban az adott probléma.

Az ITQ két fő dimenzióval rendelkezik: PTSD és DSO. A PTSD és CPTSD közös tünetei közé tartozik a fenyegetettség érzése (fokozott éberség), az elkerülés (traumával kapcsolatos emlékek kerülése), valamint az újraélés (emlékbetörések, erőteljes álmok), míg a DSO további részeit képezi az affektív diszreguláció (túlzott reakció, megnyugvás nehézsége), a negatív énkép (értéktelenség és kudarc érzése) és a kapcsolati zavarok (elidegenedés).

Cloitre és munkatársai (2018) a mérőeszközt közösségi és klinikai mintákon is tesztelték, eredményeik alapján pedig mindkét populációban használható. Faktoranalízisük megmutatta, hogy a 12 tételes ITQ hatékonyan megragadja a PTSD és a DSO tünetegyüttes közötti különbséget, valamint a belső megbízhatóságot vizsgálva a Cronbach-alfa értékek 0,77 és 0,79 között mozogtak.

A vizsgálatom során a tüneteket a kérdőív három alskálájának (elkerülés, újratelhelődés, készenlét), valamint a mindennapi életre gyakorolt hatásainak átlaga alapján mértem, amelyek a PTSD fő tünetcsoportjait fedik le. A célom nem egy PTSD diagnózis felállítása, hanem a PTSD tünetek intenzitásának mérése volt.

VIII. Eljárás

A kutatásomat a PPKE Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság engedélyezte, etikai engedély száma: 2024_39. A kérdőívet a Qualtrics-ban szerkesztettem meg, és az elkészült űrlapot a

Facebook, Instagram és Reddit közösségi oldalak segítségével kezdtem terjeszteni. A vizsgálati személyeket hólabda módszerrel gyűjtöttem össze. Nagyobb közösségeket tömörítő nyílt és zárt csoportokban is megosztottam a kérdőívet: egyetemista csoportokban, bántalmazott nőkkel foglalkozó csoportokban, önismereti csoportokban. 18 év feletti női személyeket kerestem, akik múltbeli párkapcsolatukban bántalmazás áldozatává váltak (szexuális, érzelmi, fizikális, gazdasági és/vagy verbális) és önként vállalták, hogy kitöltik a kérdőívet. A tájékoztató-beleegyező nyilatkozat ismertetése és elfogadása után rögzítettem a vizsgálati személyek nemét, életkorát, lakóhelyét, iskolai végzettségét, családi állapotát, jelenlegi foglalkozását, gyermekeinek számát, szexuális irányultságát, az átélt bántalmazás fajtáját, a bántalmazás óta eltelt időt. A legelső mérőeszközöm az Intézményi Árulás és Támogatás Kérdőív (Smith & Freyd, 2013) volt, ezt követte a Szociális Reakciók Rövidített Kérdőíve (Ullman et al., 2017), majd a Traumával Kapcsolatos Szégyenérzet Kérdőív (Cloitre et al., 2018). Az említett kérdőívek magyar fordítását én végeztem el. A kérdőív utolsó felében a Nemzetközi Trauma Kérdőív magyar változata, valamint a Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív (Tedeschi & Calhoun, 1996) magyar változata (Kovács et al., 2012) volt jelen.

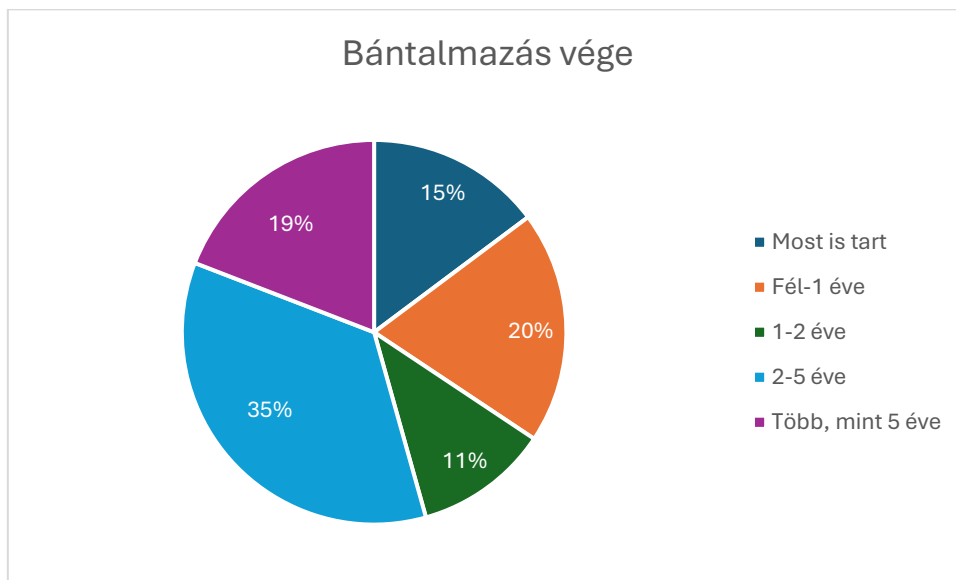
8.1. Etikai szempontok

A vizsgálatban való részvételben a tájékoztató-beleegyező nyilatkozat (melléklet) ismertetése után szabadon dönthettek a személyek, hogy részt kívánnak venni a vizsgálatban vagy sem, továbbá önkéntes, anonim és bármikor megszakítható volt. A kutatásban kizárólag 18. életévüket betöltött személyek vehettek részt. A kutatás során nem kértem olyan adatokat, amely alapján a vizsgálati személyek beazonosíthatóak lennének. Az adatokat jelszóval ellátott számítógépen tárolom, az adatokba csak az adatkezeléshez elengedhetetlen személyek férhetnek hozzájuk, én és a témavezetőm. A vizsgálati személyek semmilyen juttatásban nem részesültek és egyéni visszajelzést nem adtam.

IX. Eredmények

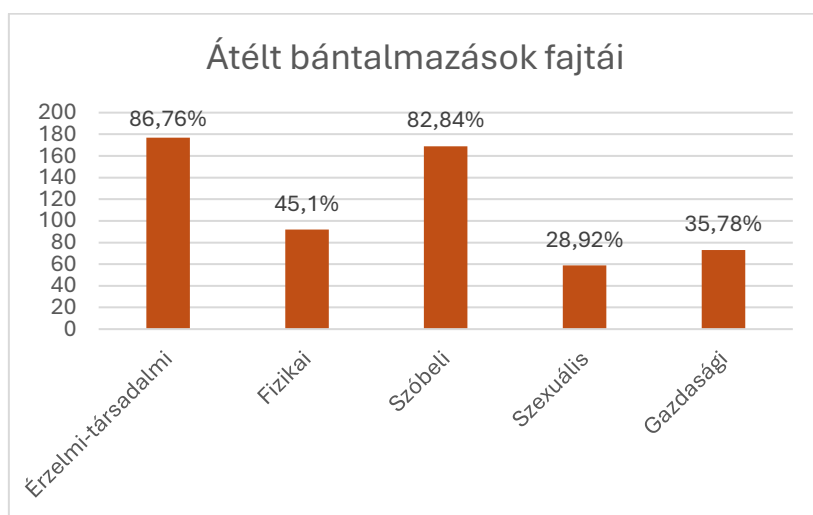
Az adatok elemzése során összesen 544 kitöltőm volt, amelyből 204 személy töltötte ki teljeskörűen a kérdőívet. A kitöltők közül 35 személy még jelenleg is bántalmazó kapcsolatban él, 45 pedig legfeljebb 0-12 hónapja lépett ki a bántalmazásból. Mivel a vizsgálatom az informális és formális támogatás hosszabb távú hatását vizsgálta, s a poszttraumás növekedéshez idő kell, hogy a személyek feldolgozzák és integrálják a tapasztalataikat

(Tedeschi & Calhoun, 1995), ezért ezen csoportok válaszait kizártam a poszttraumás növekedés elemzése során.



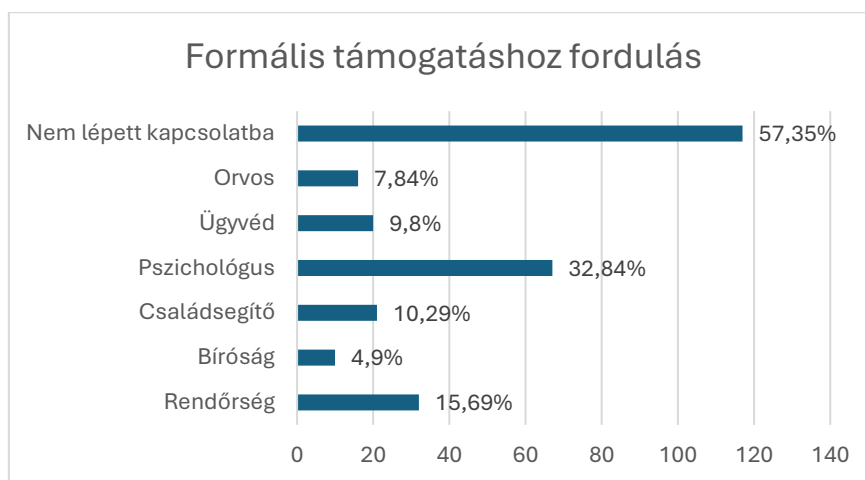
1. táblázat - A bántalmazás vége

A válaszadók többsége tapasztalt érzelmi-társadalmi (86,76%) és szóbeli bántalmazást (82,84%), míg fizikai bántalmazást 45,1%, gazdasági bántalmazást 35,78% szenvedett el, s legkisebb arányban a szexuális bántalmazást átéltek nők voltak (28,92%).



2. táblázat - Átélt bántalmazás fajtái

A válaszadók többsége nem fordult intézményi támogatásért (57,35%), míg azon személyek, körében, akik igen, a pszichológushoz fordulás volt a leggyakoribb (32,84%), ezt követte a rendőrség (15,69%), a családsegítő (10,29%), az ügyvéd (9,8%), az orvos (7,84%) és a bíróság (4,9%).



3. táblázat - Formális segítséghez fordulás

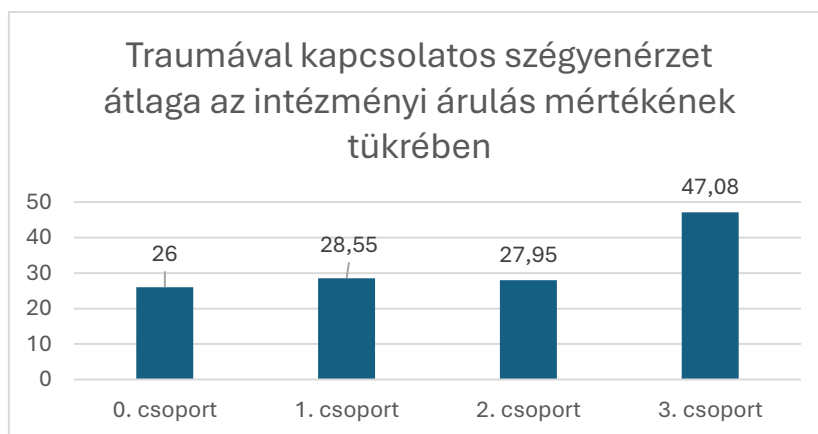
H1 - A traumával kapcsolatos szégyenérzet mértéke eltér az intézményi árulás mértéke szerint. Azok a személyek, akik nem tapasztaltak intézményi áruást, alacsonyabb traumával kapcsolatos szégyenérzetről számolnak be, szemben azokkal a személyekkel, akik nagymértékű intézményi áruást tapasztaltak.

Egyszempontos, független mintás ANOVA-val megvizsgáltam, hogy van-e különbség csoportjaim között a traumával kapcsolatos szégyenérzetben. A résztvevőket négy csoportba soroltam az alapján, hogy milyen mértékben tapasztaltak áruást az intézményhez fordulás során: azok, akik nem vettek igénybe intézményi támogatást (0. csoport), akik intézményhez fordultak, de nem tapasztaltak áruást (1. csoport), akik intézményhez fordultak, és kismértékű áruást tapasztaltak (≥ 4 pont, 2. csoport), valamint akik intézményhez fordultak, és nagymértékű áruást tapasztaltak (3. csoport).

A traumával kapcsolatos szégyenérzet pontszámainak normál eloszlását Shapiro-Wilk tesztel vizsgáltam. Az eredmények azt mutatták, hogy míg három csoport esetében a normál eloszlás feltétele nem teljesült ($p_0 < .001$ $p_1 = .016$ $p = .019$), a nagymértékű intézményi áruást elszenvedők körében szignifikáns különbséget találtam ($p_0 = .139$). Ezen túlmenően az összesített traumával kapcsolatos szégyenérzet eloszlása sem felelt meg a normál eloszlás feltételeinek.

Mivel az ANOVA alkalmazásának alapvető feltételei nem teljesültek, az adatok elemzésére nem-paraméteres Kruskal-Wallis tesztet használtam a traumával kapcsolatos szégyenérzet pontszámainak összehasonlítására a négy csoport között. Az elemzés szignifikáns különbséget mutatott a csoportok mediánjai között ($H(3)=11.974, p=0.007$). A szignifikáns eredmény miatt Dunn-teszttel végeztem post-hoc összehasonlításokat, amelyek kimutatták, hogy a 0.csoport és 3.csoport ($p<0.001$), valamint az 1. és 3. csoport ($p=0.006$) és a 2. és 3. csoport között ($p=0.004$) szignifikáns különbség van, míg a többi csoportpár esetében nem találtam szignifikáns eltérést.

Látható, hogy az egyes csoport, vagyis azok, akik nem fordultak intézményhez ($M=26$ $SD=17,86$), az egyes, akik nem tapasztaltak intézményi áruást ($M=28,55$ $D=19,47$) és a kettes csoport, akik csak kis mértékben éltek át intézményi áruást ($M=27,95$ $SD=18,67$). szignifikánsan alacsonyabb traumával kapcsolatos szégyenérzetről számoltak be, mint a hármas csoport, vagyis azok, akik nagymértékű intézményi áruást tapasztaltak ($M=47,08$ $SD=18,59$). Az eredmények azt mutatják, hogy akik nagymértékű intézményi áruást szenvedtek el, magasabb traumával kapcsolatos szégyenérzetről számoltak be, szemben azokkal, akik nem szenvedtek el nagymértékű áruást.



4. ábra – A Traumával kapcsolatos szégyenérzet átlaga az intézményi áruás mértékének tükrében

H2 – Az informális szociális támogatás negatív összefüggést mutat a traumával kapcsolatos szégyenérzettel, a PTSD tünetekkel és pozitívan összefügg a poszttraumás növekedéssel.

Az adatok normál eloszlását Shapiro-Wilk tesztel ellenőriztem. Az eredmények azt mutatták, hogy a poszttraumás növekedés ($W(125)=0,981$ $p=0,083$) és a szociális támogatás ($W(125)=0,982$ $p=0,101$) normál eloszlásúak, míg a szociális támogatás ($W(204)=0,981$ $p=0,006$), a traumával kapcsolatos szégyenérzet ($W(204)=0,951$ $p<0,001$) és a PTSD tünetek

($W(204)=0,979$ $p=0,004$) tekintetében az adatok nem normál eloszlásúak, ezért Spearman korrelációt használtam, valamint Pearson-t a szociális támogatás és a ptn tekintetében. Az eredmények azt mutatták, hogy szignifikáns kapcsolat található a szociális támogatás és a poszttraumás növekedés között $r=0,207$ $p=0,020$ (2-tailed), a szociális támogatás és a traumával kapcsolatos szégyenérzet között $r=-0,213$ $p=0,002$ (2-tailed) és a szociális támogatás és a PTSD tünetek között $r=-0,155$ $p=0,027$ (2-tailed). Tehát azok a személyek, akik több szociális támogatásban részesültek, alacsonyabb traumával kapcsolatos szégyenérzetről (a kapcsolat közepes) és enyhébb PTSD tünetekről (a kapcsolat gyenge) számoltak be, továbbá a szociális támogatás elősegíti a poszttraumás növekedést (a kapcsolat közepes).

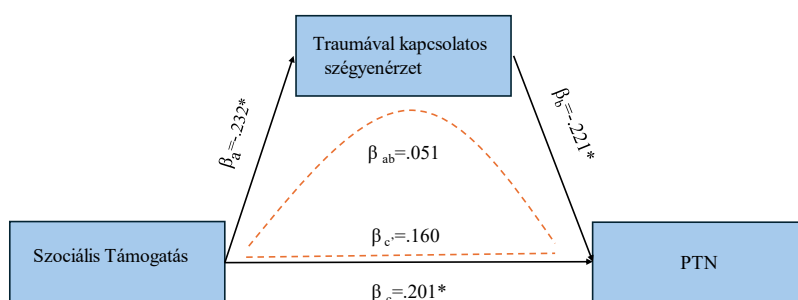
H3 - Az informális szociális támogatás hiánya pozitív összefüggést mutat a traumával kapcsolatos szégyenérzettel, a PTSD tünetekkel és negatív összefüggést mutat a poszttraumás növekedéssel.

Az adatok normál eloszlását Shapiro-Wilk teszttel ellenőriztem. Az eredmények azt mutatták, hogy a szociális támogatás hiánya ($W(125)=0,987$ $p=0,310$), ($W(204)=0,993$ $p=0,422$) és a poszttraumás növekedés ($W(125)=0,981$ $p=0,083$) normál eloszlást követett, míg a traumával kapcsolatos szégyenérzet ($W(204)=0,951$ $p<0,001$) és a PTSD tünetek ($W(204)=0,979$ $p=0,004$) tekintetében az adatok nem normál eloszlásúak, ezért Spearman korrelációt használtam. Az eredmények azt mutatták, hogy nem található szignifikáns kapcsolat a szociális támogatás hiánya és a poszttraumás növekedés között $r=0,009$ $p=0,207$ (2-tailed) és szignifikáns kapcsolat található a szociális támogatás hiánya és a traumával kapcsolatos szégyenérzet között $r=0,500$ $p<0,001$ (2-tailed) és a szociális támogatás hiánya és a PTSD tünetek között $r=0,377$ $p<0,001$ (2-tailed). Tehát a szociális támogatás hiánya magasabb traumával kapcsolatos szégyenérzettel (a kapcsolat erős) és PTSD tünetekkel (a kapcsolat közepes) jár együtt. A szociális támogatás hiánya nem áll összefüggésben a poszttraumás növekedéssel.

	Poszttraumás növekedés	Traumával kapcsolatos szégyenérzet	PTSD tünetek
Szociális támogatás	$r=0,207^*$	$r=-0,213^{**}$	$r=-0,155^*$
Szociális támogatás hiánya	$r=0,009$	$r=0,500^{***}$	$r=0,377^{***}$

H4 – A traumával kapcsolatos szégyenérzet mediálja a szociális támogatás és a poszttraumás növekedés közötti kapcsolatot.

A hipotézis vizsgálatához mediációs elemzést végeztem. A prediktor változóm a szociális támogatás, a kimeneti változóm a poszttraumás növekedés, a mediáló változóm pedig a traumával kapcsolatos szégyenérzet. A szociális támogatás és a traumával kapcsolatos szégyenérzet (Path a) kapcsolata szignifikáns $\beta = -.240$, $SE(B) = .097$, $p = .014$. A traumával kapcsolatos szégyenérzet és a poszttraumás növekedés (Path b) kapcsolata is szignifikáns ($\beta = -.210$, $SE(B) = .089$, $p = .018$). Tekintettel arra, hogy az indirekt úthoz (Path ab) tartozó LLCI (-.007) és ULCI (.108) értékek nem pozitívak, ezért nem tekinthető szignifikánsnak a kapcsolat ($\beta = .050$, $SE(B) = .030$, $p = .088$). Az elemzésben a direkt és az indirekt útvonal nem szignifikáns, tehát a szociális támogatás nem magyarázza a traumával kapcsolatos szégyenérzet és a poszttraumás növekedés közötti közvetlen kapcsolatot. A hipotézis nem nyert igazolást.



6.. ábra - Összefoglaló ábra a szociális támogatás, a traumával kapcsolatos szégyenérzet és a poszttraumás növekedés közti összefüggő mediációs elemzéshez

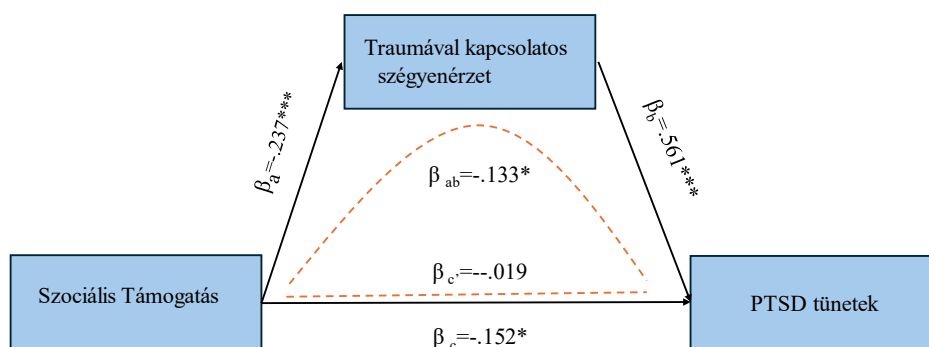
H5 – A traumával kapcsolatos szégyenérzet mediálja a szociális támogatás és a PTSD tünetek közötti kapcsolatot.

A hipotézis vizsgálatához mediációs elemzést végeztem. A prediktor változóm a szociális támogatás, a kimeneti változóm a PTSD tünetek, a mediáló változóm pedig a traumával kapcsolatos szégyenérzet.

A szociális támogatás és a traumával kapcsolatos szégyenérzet (Path a) kapcsolata szignifikáns $\beta = -.237$, $SE(B) = .069$, $p < .001$. A traumával kapcsolatos szégyenérzet és a PTSD tünetek (Path

b) kapcsolata is szignifikáns ($\beta=.561$, $SE(B)=.052$, $p<.001$). Az indirekt úthoz (Path ab) tartozó érték is szignifikáns ($\beta=-0.133$, $SE(B)=.042$, $p=.024$).

Az elemzésben egy részleges mediációt kaptam, mivel az indirekt és a direkt útvonal is szignifikáns. Az eredmények azt mutatják, hogy a szociális támogatás a traumával kapcsolatos szégyenérzet csökkentésén keresztül enyhíti a PTSD tüneteket. A hipotézis igazolást nyert.



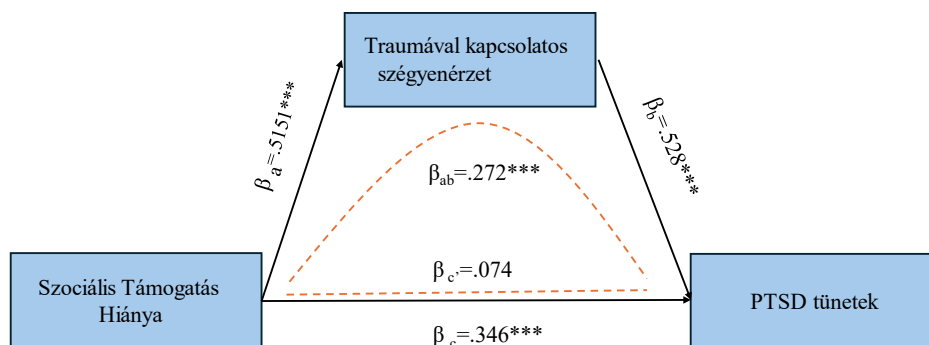
7. ábra - Összefoglaló táblázat a szociális támogatás, a traumával kapcsolatos szégyenérzet és a PTSD tünetek közti összefüggés mediációs elemzéséhez

H6 – A traumával kapcsolatos szégyenérzet mediálja a szociális támogatás hiánya és a PTSD tünetek közötti kapcsolatot.

A hipotézis vizsgálatához mediációs elemzést végeztem. A prediktor változóm a szociális támogatás hiánya, a kimeneti változóm a PTSD tünetek, a mediáló változóm pedig a traumával kapcsolatos szégyenérzet.

A szociális támogatás hiánya és a traumával kapcsolatos szégyenérzet (Path a) kapcsolata szignifikáns ($\beta=.515$, $SE(B)=.065$, $p<.001$). A traumával kapcsolatos szégyenérzet és a PTSD tünetek (Path b) kapcsolata is szignifikáns ($\beta=.528$, $SE(B)=.065$, $p<.001$). Tekintettel arra, hogy az indirekt úthoz (Path ab) tartozó LLCI (.175) és ULCI (=368) értékek pozitívak, ezért szignifikánsnak tekinthető a kapcsolat ($\beta=.272$, $SE(B)=.049$, $p<.001$).

Az elemzésben az indirekt útvonal szignifikáns, míg a direkt útvonal nem szignifikáns, így részleges mediációt kaptam, tehát a traumával kapcsolatos szégyenérzet magyarázza a szociális támogatás és a PTSD tünetek közötti kapcsolatot. A hipotézis igazolást nyert.



8.. táblázat - Összefoglaló ábra a szociális támogatás hiánya a traumával kapcsolatos szégyenérzet és a PTSD tünetek közti összefüggő mediációs elemzéshez

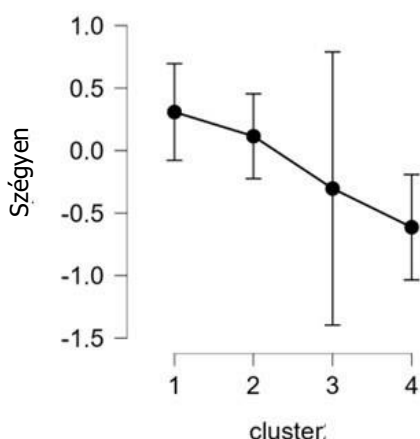
H7 - Azok a személyek, akik pozitív szociális támogatásban részesültek, mind intézményi és közeli kapcsolatban, alacsonyabb traumával kapcsolatos szégyenérzettel rendelkeznek, mint azok, akik csak az egyikben részesültek pozitívan, vagy egyikben sem.

Az elemzés során a klaszteranalízis segítségével igyekeztünk a változócsoportokat homogén csoportokba sorolni, klasszifikálni. Ehhez az Intézményi Árulás és Támogatás Kérdőív 1. verzió intézményi támogatás alszkáláját (Smith & Freyd, 2016) és a Szociális Reakciók Kérdőív rövidített változatának pozitív reakciók alszkáláját vettem alapul, melyek a klaszterezés alapját alkották. A fenti változók standardizálása után kezdtünk hozzá a klaszterelezéshez. A hipotézisünk igazolásához k-közép klaszterelemzés (négyzetes euklideszi távolságok) segítségével 4 klasztert hoztam létre. A klaszterek számát elbow módszer alapján választottam ki.

1. Mindkét típusú támogatásban részesülők. (N=30)
2. Semmilyen támogatásban nem részesülők. N=32)
3. Csak szociális támogatásban részesülők. Ezek az egyének vagy nem fordultak intézményi segítségért vagy fordultak, de nem részesültek benne, viszont a szociális hálójuk aktívan támogatta őket. (N=6)
4. Csak intézményi támogatásban részesülők. (N=12)

Az adataim nem követték a normál eloszlást, ezért Kruskal-Wallis tesztet alkalmaztam a traumával kapcsolatos szégyenérzet csoportok közötti vizsgálata során. A Kruskal-Wallis teszt eredményei alapján szignifikáns különbséget találtam a traumával kapcsolatos szégyenérzet között az egyes csoportokban ($\chi^2(3) = [7,951]$, $p=.0047$). Az 1-es és a 4-es klaszter ($z=2,583$ $r_{rb}=0,503$, $p=0,010$, valamint a 2-es és a 4-es klaszter $z=2,137$ $r_{rb}=0,483$, $p=0,033$) szignifikáns különbséget mutatott.

Az eredmények kiemelik a két támogatási forma fontosságát, valamint, hogy az informális és formális támogatás eltérő módon járul hozzá a trauma feldolgozásához és a szégyenérzet csökkentéséhez. Azok a túlélők, akik semmilyen támogatásban nem részesültek, illetve akik kizárólag formális támogatást kaptak, magasabb szégyenérzetről számoltak be. Ezzel szemben azoknál, akik mind formális, mind informális támogatást kaptak, alacsonyabb volt a szégyenérzet szintje.



9. ábra – Szégyenérzet a megadott klaszterek között

Megvitatás

Jelen tanulmány középpontjában a formális és informális támogatás hatása állt a traumával kapcsolatos szégyenérzetre, PTSD tünetekre és a poszttraumás növekedésre bántalmazott nők körében. A kutatás eredményei azt mutatták, hogy a bántalmazott nők többsége (54,4%) nem fordult formális segítséghez, azok körében, akik kértek intézménytől támogatást. Azok körében, akik fordultak formális támogatáshoz, a pszichológus volt a leggyakoribb választás (36%).

Szociális támogatás

A vizsgálatom rámutatott a támogatási rendszerek fontosságára és a szociális kapcsolatok szerepére a traumafeldolgozásban. Eredményeim szerint a szociális támogatás és a poszttraumás növekedés között közepesen erős pozitív kapcsolat (Žukauskienė et al., 2021; Ning et al., 2023; Prati & Pietrantonio, 2009), a szociális támogatás és a traumával kapcsolatos szégyenérzet között pedig közepesen erős negatív kapcsolat (Orchowsky & Gidycz, 2015), míg a szociális támogatás és a PTSD tünetek között gyenge negatív kapcsolat állt fent (Olf, 2022). Ez arra utal, hogy a magasabb szociális támogatás a poszttraumás növekedés magasabb szintjével, alacsonyabb traumával kapcsolatos szégyenérzettel és enyhébb PTSD tünetekkel jár együtt. Mediációs elemzéssel sem direkt és indirekt hatást nem tudtam kimutatni a szociális támogatás, traumával kapcsolatos szégyenérzet és PTN között. Eredményeim arra engednek következtetni, hogy a szociális támogatás hatással van a traumával kapcsolatos szégyenérzetre, de nem a traumával kapcsolatos szégyenérzet csökkentésén keresztül hat a poszttraumás növekedésre (Žukauskienė et al., 2021; Ning et al., 2023; Prati & Pietrantonio, 2009). Ezzel szemben a szociális támogatás, traumával kapcsolatos szégyenérzet és PTSD tünetek vizsgálása során egy teljes mediációt kaptam, ami alátámasztja azt az elképzelést, hogy a szociális támogatás a traumával kapcsolatos szégyenérzet csökkentésén keresztül enyhíti a PTSD tüneteket, ami összhangban áll Ullman (2000) eredményeivel, valamint DePrince és munkatársai (2011) eredményeivel, akik kapcsolatot találtak a szégyen és a PTSD tünetei között.

Kiemelve a negatív szociális támogatást, vagyis a szociális támogatás hiányát, eredményeim alapján a szociális támogatás hiánya magasabb traumával kapcsolatos szégyenérzettel (Camp, 2022) és erősebb PTSD tünetekkel jár együtt (Ehlers & Clark, 2000). Ezzel szemben nem találtam szignifikáns kapcsolatot a szociális támogatás hiánya és a poszttraumás növekedés között. Feltételezhetően más okok húzódnak meg a PTG késleltetésében, amit Brynneirsdottir & Halldorsdottir (2022) kutatásában a negatív reakcióktól való félelmen túl, az elszigeteltségnek, a magányosság érzésének tulajdonítanak, tekintettel arra, hogy a bántalmazó kapcsolatok sokszor elszigetelődéssel és intenzív szégyenérzettel járnak. Vizsgálatom során teljes mediációval kimutattam, hogy a szociális támogatás hiánya növeli a traumával kapcsolatos szégyenérzetet, ami fokozza a PTSD tüneteket, de közvetlen nem hat a PTSD tünetekre. Ez az eredmény arra enged következtetni, hogy a szociális támogatás hiánya önmagában nem okoz PTSD-t, viszont a szégyenérzet által negatív hatást fejt ki rá, összhangban Ullman (2000) kutatásával, aki azt találta, hogy a negatív reakciók szégyenérzettel járnak

együtt. Ezen felül kutatások azt mutatták, hogy a szégyenérzet és a PTSD tünetek között erős kapcsolat áll fent (DePrince et al., 2011) és a szégyen előrejelzi a PTSD-t (Badour et al., 2015).

Formális támogatás

Formális támogatás alatt a különböző intézményektől érkező segítséget értjük. Jelen kutatásban az alábbi formális intézmények szerepét vettem figyelembe: pszichológus, orvos, ügyvéd, családsegítő, bíróság, rendőrség.

A csoportok közötti vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy az intézményi árulás mértéke szignifikánsan befolyásolja a traumával kapcsolatos szégyenérzetet, hiszen azok a személyek, akik nem fordultak intézményi támogatáshoz vagy kismértékű árulást szenvedtek el, alacsonyabb szégyenérzetről számoltak be, szemben a nagymértékű intézményi árulást tapasztaltakkal (Camp, 2022). Ezt a megállapítást még alátámasztják Monteith és munkatársai (2016) eredményei, akik összefüggést találtak az intézményi árulás és a PTSD között, amely arra utal, hogy az intézményi árulás jelentős pszichológiai terhet róhat a túlélőkre, továbbá Ullman (2000) kutatása, mely során a negatív reakciók nagyfokú szégyenérzettel jártak együtt. Camp (2022) is rámutatott, hogy a szégyen nemcsak a bántalmazásból, hanem a környezet megbélyegzéséből és a negatív feltételezésekből is adódhat. Kiemelte, hogy a formális segítségkérés során a túlélők milyen mértékű szégyent élhetnek meg.

Szociális és intézményi támogatás

Mindkét támogatási formát figyelembevéve, azok a túlélők, akik semmilyen támogatásban nem részesültek, illetve akik kizárólag formális támogatást kaptak, magasabb szégyenérzetről számoltak be, szemben azokkal, akik mind formális, mind informális támogatást kaptak (Ehlers & Clark, 2000; Ullman, 2000; Demers et al., 2017). Az eredmények kiemelik a két támogatási forma fontosságát, valamint, hogy az informális és formális támogatás eltérő módon járul hozzá a trauma feldolgozásához és a szégyenérzet csökkentéséhez.

X. A kutatás korlátai

A kutatás kifejezetten bántalmazott nők körében vizsgálta a formális és informális támogatás hatását a trauma utáni gyógyulásban, betekintést nyújtva ebbe a specifikus populációba. Ugyanakkor mivel a kutatás kizárólag bántalmazott nőkre összpontosított, az eredmények más traumát átélt, de nem bántalmazott populációkra, továbbá más nemekre történő általánosíthatósága korlátozott. Ezen túlmenően a kutatás során kényelmi mintavételt

használtam, amely torzíthatja az adatok összetételét. Továbbá, mivel a résztvevők önkéntesen vettek részt a kutatásban, hajlamosak lehetnek szociálisan elfogadott válaszokat adni, ami szintén hozzájárulhat az eredmények torzításához. Egy másik korlát, hogy a keresztmetszeti jelleg nem teszi lehetővé az ok-okozati összefüggéseket bizonyítását. Emellett, az intézményi támogatás és árulás vizsgálata során a kis minta korlátozhatta az eredmények statisztikai erősségét. Továbbá a Nemzetközi Trauma Kérdőív használata során csak a PTSD tüneteket vizsgáltam, mivel a kutatás a tünetek jelenlétére összpontosított és célja nem egy PTSD diagnózis felállítása, hanem a tünetek intenzitásának mérése volt. Végezetül, a kutatás keretein belül nem volt lehetőség a különböző típusú traumák (például fizikai, érzelmi, szexuális bántalmazás) hatásainak elkülönítésére, amelyek eltérő hatást fejthetnek ki a traumával kapcsolatos szégyenérzetre és a PTSD tünetekre, ezáltal nem tükrözi a traumák különbözőségeinek hatását.

XI. Kitekintés

Figyelembe véve a kutatás korlátaival, a kapott eredmények értékelése alapos megfontolást igényel, mivel rámutatott a támogatási rendszerek fontosságára a trauma utáni gyógyulásban. Kutatásom egy viszonylag kevésbé vizsgált területet célozott meg, tekintettel arra, hogy magyar mintán nem vizsgálták még a formális és informális támogatás hatását a bántalmazott nők trauma utáni gyógyulásában, ezzel hozzájárulva a téma alaposabb megértéséhez. Ugyanakkor az adatgyűjtés során a résztvevőknek lehetőségük volt arra, hogy több formális intézmény által szerzett tapasztalataikat is megosszák, mint például pszichológus, rendőrség, orvos, családsegítő, ügyvéd, bíróság, ami hozzájárult a téma mélyebb betekintéséhez. Ezen túlmenően, a kutatásom felhívja a figyelmet arra, hogy a támogatási formák milyen mechanizmusokon keresztül segítik a gyógyulást, hozzájárulva ezzel olyan támogatási programok kifejlesztéséhez, amik elengedhetetlenek a gyógyulásban, továbbá a társadalmi érzékenyítéshez.

További kutatások szükségesek a különböző típusú bántalmazások (érzelmi, szexuális, fizikai, gazdasági, szóbeli) hatásainak vizsgálatára a PTSD, traumával kapcsolatos szégyenérzet és a poszttraumás növekedés vonatkozásában. Ezen túlmenően fontos lenne a különböző intézmények hatásainak összehasonlítására, hogy pontosabb képet kapjunk a különböző típusú támogatások hatékonyságáról.

XII. Hivatkozások

- Au, T. M., Sauer-Zavala, S., King, M. W., Petrocchi, N., Barlow, D. H., & Litz, B. T. (2017). Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior therapy, 48*(2), 207-221.
- Badour, C. L., Resnick, H. S., & Kilpatrick, D. G. (2015). Associations between specific negative emotions and DSM-5 PTSD among a national sample of interpersonal trauma survivors. *Journal of Interpersonal Violence*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260515589930>
- Beck, J. G., McNiff, J., Clapp, J. D., Olsen, S. A., Avery, M. L., & Hagewood, J. H. (2011). Exploring negative emotion in women experiencing intimate partner violence: Shame, guilt, and PTSD. *Behavior therapy, 42*(4), 740-750.
- Beeble, M. L., Bybee, D., Sullivan, C. M., & Adams, A. E. (2009). Main, mediating, and moderating effects of social support on the well-being of survivors of intimate partner violence across 2 years. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(4), 718.
- Brandes, D., Ben-Schachar, G., Gilboa, A., Bonne, O., Freedman, S., & Shalev, A. Y. (2002). PTSD symptoms and cognitive performance in recent trauma survivors. *Psychiatry research, 110*(3), 231-238.
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review, 58*, 1-15.
- Bryngeirsdottir, H. S., & Halldorsdottir, S. (2022). "I'm a winner, not a victim": The facilitating factors of post-traumatic growth among women who have suffered intimate partner violence. *International journal of environmental research and public health, 19*(3), 1342.
- Budden, A. (2009). The role of shame in posttraumatic stress disorder: A proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Social science & medicine, 69*(7), 1032-1039.
- Camp, A. R. (2022). From experiencing abuse to seeking protection: Examining the shame of intimate partner violence. *UC Irvine L. Rev., 13*, 103.
- Campbell, R., Sullivan, C. M., & Davidson, W. S. (1995). Women who use domestic violence shelters changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly, 19*(2), 237-255.
- Carrington, C. D. (2021). *Evaluating treatment for trauma bonding in a sample of female survivors of intimate partner violence: A single-case design study* (Doctoral dissertation, Florida International University). FIU Electronic Theses and Dissertations. <https://digitalcommons.fiu.edu/etd/4120>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 138*(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>

- Cobb, A. R., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Cann, A. (2006). Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 895-903. doi:10.1002/jts.20171
- Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L., & Davis, K. E. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 11(5), 465-476.
- DePrince, A. P., Chu, A. T., & Pineda, A. S. (2011). Links between specific posttrauma appraisals and three forms of trauma-related distress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(4), 430.
- Dias, N. G., Costa, D., Soares, J., Hatzidimitriadou, E., Ioannidi-Kapolou, E., Lindert, J., ... & Fraga, S. (2019). Social support and the intimate partner violence victimization among adults from six European countries. *Family Practice*, 36(2), 117-124. <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmz042>
- Doane, N. J. K. (2007). *Intimate Partner Violence: An Analysis of the Retrospective Accounts of Survivors' Experiences with Religious and Friendship Support Networks and Shame* (Doctoral dissertation, University of Montana).
- Doane, Nancy-Jane Kimberly, "Predictors of Posttraumatic Growth, Shame, and Posttraumatic Stress Symptoms in Survivors of Intimate Partner Violence: The Roles of Social Support and Coping" (2010). Graduate Student Theses, Dissertations, & Professional Papers. 765. <https://scholarworks.umt.edu/etd/765>
- DUTTON, D., & Painter, S. L. (1981). Victimology: An international journal. *Victimology*, 6(1-4), 139-155.
- Dutton, M. A., Goodman, L. A., & Bennett, L. (2001). Court-involved battered women's responses to violence: The role of psychological, physical, and sexual abuse. In *Psychological abuse in violent domestic relations* (pp. 177-195)
- Dworkin, E. R., Brill, C. D., Ullman, S. E., Stappenbeck, C. A., & Kaysen, D. (2019). Social reactions to disclosure of interpersonal violence and psychopathology: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 72, 101750. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101750>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.
- Enander, V. (2010). "A fool to keep staying": Battered women labeling themselves stupid as an expression of gendered shame. *Violence against women*, 16(1), 5-31.
- Evans, M. A., & Feder, G. S. (2016). Help-seeking amongst women survivors of domestic violence: A qualitative study of pathways towards formal and informal support. *Health Expectations*, 19(1), 62-73. <https://doi.org/10.1111/hex.12330>
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132. <https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>

Gómez, J. M. (2022). Gender, campus sexual violence, cultural betrayal, institutional betrayal, and institutional support in US ethnic minority college students: A descriptive study. *Violence Against Women*, 28(1), 93-106. <https://doi.org/10.1177/1077801221998757>

Gregory, A. C., Williamson, E., & Feder, G. (2017). The impact on informal supporters of domestic violence survivors: A systematic literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 18(5), 562-580.

Griffin, M. G., Resick, P. A., & Yehuda, R. (2005). Enhanced cortisol suppression following dexamethasone administration in domestic violence survivors. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1192-1199.

Harjänné Brantmüller, É., Horváth, C., Karamánné Pakai, A., & Karácsony, I. (2022). Nők elleni párkapcsolati erőszak és a védőnő prevenciósi lehetőségei. *Aranypajzs*, 1(2), 47–60. <https://doi.org/10.56077/AP.2022.2.4>

Herman, J. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377–391

Hester, M. (2013). Who does what to whom? Gender and domestic violence perpetrators in English police records. *European Journal of Criminology*, 10(5), 623-637. <https://doi.org/10.1177/1477370813479078>

Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma. New York: Free Press.

Johnson, D. M., & Zlotnick, C. (2009). HOPE for battered women with PTSD in domestic violence shelters. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 234–241. <https://doi.org/10.1037/a0012519>

Jones, A. C., & Badour, C. L. (2024). Advancing the Measurement of Trauma-Related Shame Among Women With Histories of Interpersonal Trauma. *Violence Against Women*, 30(10), 2697–2720. <https://doi.org/10.1177/10778012231163575>

Kelleher Associates, O'Connor M. Making the links: towards an integrated strategy for the elimination of violence against women in intimate relationships with men. Women's Aid; 1995

Kengyel, G., (2024) - Endure it, daughter, it will get better - Peer Support for Survivors of Intimate Partner Violence and the Potential for Post-Traumatic Growth in Hungary

Violence and the Potential for Post-Traumatic Growth in Hungary

Kovács, É., Balog, P., & Preisz, L. (2012). A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív pszichometriai mutatói hazai mintán= Psychometric characteristics of the Posttraumatic Growth Inventory in a Hungarian sample. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 13(1), 57-84.

Linda E. Rose, Jacquelyn Campbell (2000): THE ROLE OF SOCIAL SUPPORT AND FAMILY RELATIONSHIPS IN WOMEN'S RESPONSES TO BATTERING, *Health Care for Women International*, 21:1, 27-39 <http://dx.doi.org/10.1080/073993300245384>

Lorenz, K., Hayes, R., & Jacobsen, C. (2021). “Title IX isn’t for you, it’s for the university”: Sexual violence survivors’ experiences of institutional betrayal in Title IX investigations. *CrimRxiv*. <https://doi.org/10.21428/cb6ab371.1959e20b>

Masci, B. S. F., & Sanderson, S. (2017). Perceptions of psychological abuse versus physical abuse and their relationship with mental health outcomes. *Violence and victims*, 32(2), 362-376.

Melissa E. Dichter, Leon Makaroun, Anaïs Tuepker, Gala True, Ann Elizabeth Montgomery & Katherine Iverson, Middle-Aged Women's Experiences of Intimate Partner Violence Screening and Disclosure: "It's a Private Matter. It's an Embarrassing Situation," 35 J. GEN.INTERNAL MED. 2655, 2657 (2020).

Miranda Olf (2012) Bonding after trauma: on the role of social support and the oxytocin system in traumatic stress, *European Journal of Psychotraumatology*, 3:1, 18597, DOI: 10.3402/ejpt.v3i0.18597

Monteith, L. L., Bahraini, N. H., Matarazzo, B. B., Soberay, K. A., & Smith, C. P. (2016). Perceptions of Institutional Betrayal Predict Suicidal Self-Directed Violence Among Veterans Exposed to Military Sexual Trauma: MST and Perceptions of Institutional Betrayal. *Journal of Clinical Psychology*, 72(7), 743–755. <https://doi.org/10.1002/jclp.22292>

NANE Egyesület. (2022). *Párkapcsolati erőszak: Miért marad? Miért nem lép ki?* NANE Egyesület. https://nane.hu/wp-content/uploads/parkapcsolati_2022_web.pdf

Ning, J., Tang, X., Shi, H., Yao, D., Zhao, Z., & Li, J. (2023). Social support and posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 320, 117-132.

Nurius, P. S., Furrey, J., & Berliner, L. (1992). Coping capacity among women with abusive partners. *Violence and Victims*, 7, 229–243.

O'Connor, M. (2002). Consequences and outcomes of disclosure for abused women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 78, S83-S89. *

Øktedalen, T., Hagtvet, K. A., Hoffart, A., Langkaas, T. F., & Smucker, M. (2014). The Trauma Related Shame Inventory: Measuring Trauma-Related Shame Among Patients with PTSD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(4), 600–615. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9422-5>

Orchowski, L. M., & Gidycz, C. A. (2015). Psychological consequences associated with positive and negative responses to disclosure of sexual assault among college women: A prospective study. *Violence against women*, 21(7), 803-823.

Orsolya, Z., & ÉVA, R. A. B. (2017). A daganatos betegségek Janus arca: a poszttraumás növekedés jelensége. *Journal of Mental Health & Psychosomatics/Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18(2).

Patton, S. C., Szabo, Y. Z., & Newton, T. L. (2022). Mental and physical health changes following an abusive intimate relationship: a systematic review of longitudinal studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(4), 1079-1092.

Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of abnormal psychology*, 95(3), 274.

Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(1), 181-193.

- Pinciotti, C. M., & Orcutt, H. K. (2021). Institutional Betrayal: Who Is Most Vulnerable? *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11–12), 5036–5054. <https://doi.org/10.1177/0886260518802850>
- Pinna, K. L., Johnson, D. M., & Delahanty, D. L. (2014). PTSD, comorbid depression, and the cortisol waking response in victims of intimate partner violence: preliminary evidence. *Anxiety, Stress, & Coping*, 27(3), 253–269.
- Platt, M., Barton, J., & Freyd, J. J. (2009). A betrayal trauma perspective on domestic violence. *Violence against women in families and relationships*, 1.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2010). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: A meta-analytic review. *Journal of Community Psychology*, 38, 403–417.
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2016). Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual. Guilford Publications.
- Rice, L. K. (2024). *Institutional betrayal and its implications on college sexual assault survivors' coping styles and psychological wellbeing* (Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, Alliant International University). (Griffin, 2023). 33–34.
- Rose, L. E., & Campbell, J. (2000). The role of social support and family relationships in women's responses to battering. *Health Care for Women International*, 21(1), 27–39.
- Rosenthal, M. N., Smidt, A. M., & Freyd, J. J. (2016). Still second class: Sexual harassment of graduate students. *Psychology of Women Quarterly*, 40(3), 364–377.
- Sabri, Bushra & Simonet, Michelle & Campbell, Jacquelyn. (2018). Risk and Protective Factors of Intimate Partner Violence Among South Asian Immigrant Women and Perceived Need for Services. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*. 24. 10.1037/cdp0000189.
- Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, 399(10327), 803–813.
- Street, A. E., & Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and Victims*, 16(1), 65–7
- Susanne Boethius & Malin Åkerström (2020): Revealing hidden realities: disclosing domestic abuse to informal others, *Nordic Journal of Criminology*, DOI: 10.1080/2578983X.2020.1787725
- Timblin, H. R. (2021). Investigating the role of expectations of disclosure in the relationship between trauma-related shame and seeking mental health services.. <https://scholarworks.lib.csusb.edu/etd/1221>
- Tóth, O. (2018). A nők elleni párkapcsolati erőszak Magyarországon. Az elmúlt 20 év kutatási eredményeinek összegzése. *socio.hu*, 4, 1–28. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2018.4.1>

- Ullman, S. E. (2000). Psychometric characteristics of the social reactions questionnaire: A measure of reactions to sexual assault victims. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 257–271.
- Ullman, S. E. (2007). Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions, and PTSD symptoms in child sexual abuse survivors. *Journal of child sexual abuse*, 16(1), 19-36.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001). Correlates of formal and informal support seeking in sexual assault victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(10), 1028-1047.
- Ullman, S. E., & Peter-Hagene, L. (2014). Social reactions to sexual assault disclosure, coping, perceived control, and PTSD symptoms in sexual assault victims. *Journal of community psychology*, 42(4), 495-508.
- Ullman, S. E., Relyea, M., Sigurvinsdottir, R., & Bennett, S. (2017). A short measure of social reactions to sexual assault: The Social Reactions Questionnaire-Shortened. *Violence and Victims*, 32(6), 1096–1115. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-16-00066>
- UN Women, & UNODC. (2024). *Femicides in 2023: Global estimates of intimate partner/family member femicides*. UN Women. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2024-11/femicides-in-2023-global-estimates-of-intimate-partner-family-member-femicides-en.pdf>
- United Nations. (1993). *Declaration on the elimination of violence against women* (48/104). https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocitiescrimes/Doc.21_declaration%20elimination%20vaw.pdf
- UNODC. (2018). *Global study on homicide: Trends, contexts, data*. United Nations Office on Drugs and Crime. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/statistics/homicide.html>
- Valdez, C. E., & Lilly, M. M. (2015). Posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence: An assumptive world process. *Journal of Interpersonal Violence*, 30, 215-231. doi:10.1177/0886260514533154
- Wirth J. – Winkler Zs. (2015) *Nők elleni erőszak az adatok tükrében FRA-népesség-bűnügyi statisztikák*. Budapest: NANE
- Young, M. D. (2007). Finding meaning in the aftermath of trauma: Resilience and posttraumatic growth in female survivors of intimate partner violence. The University of Montana, Missoula, MT.
- Žukauskienė, R., Kaniušonytė, G., Bergman, L. R., Bakaitytė, A., & Truskauskaitė-Kunevičienė, I. (2021). The Role of Social Support in Identity Processes and Posttraumatic Growth: A Study of Victims of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(15–16), 7599–7624. <https://doi.org/10.1177/0886260519836785>