

DEBRECENI EGYETEM
GYERMEKNEVELÉSI ÉS FELNŐTTKÉPZÉSI KAR

A GYERMEKBÁNTALMAZÁS
FELNŐTTKORI HATÁSAINAK VIZSGÁLATA

Konzulens:

Dr. Kelemen Lajos

főiskolai docens

Szerző:

Vargics Csilla Ilona

szociálpedagógus szak

Hajdúböszörmény

2012.

TARTALOMJEGYZÉK

TARTALOMJEGYZÉK	2
1. BEVEZETÉS	3
2. GYERMEKBÁNTALMAZÁS	5
2.1. A gyermekbántalmazás történelmi változásai	5
2.2. A bántalmazás definíciói, és definiálásának nehézségei	6
2.2.1. Fizikai bántalmazás	8
2.2.2. Érzelmi bántalmazás	11
2.2.3. Szexuális bántalmazás	13
2.2.4. Elhanyagolás	16
2.2.4.1. Fizikai elhanyagolás formái	17
2.2.4.2. Érzelmi elhanyagolás	17
2.3. A gyermekbántalmazás rizikófaktorai	19
2.3.1. A bántalmazásokban legfontosabb szerepet játszó rizikófaktorok	19
2.3.2. A bántalmazóvá válás rizikófaktorai	20
2.3.3. A bántalmazott gyermek jellemzői, a gyermekkel kapcsolatos kockázati tényezők	21
2.4. A gyermekbántalmazás elméleti megközelítései	22
2.4.1. Evolúciós pszichológiai megközelítés	22
2.4.2. A kötődéseméleti megközelítés	23
2.4.3. Tranzakcionális küszöbmodell	24
2.4.4. Transzgenerációs modell	25
2.5. A gyermekbántalmazás következményei	26
2.5.1. Bántalmazásban élni	27
2.5.2. A bántalmazás pszichológiai következményei	31
2.5.2.1. Gyermekkori következmények	31
2.5.2.2. Felnőttkori következmények	33
2.6. Szomatizáció	34
2.7. Az érzelemszabályozás képessége	37
3. VIZSGÁLATI RÉSZ	40
3.1. A vizsgálat célkitűzése	40
3.1.1. Kérdésfeltevések, hipotézisek	40
3.2. A vizsgálati eszközök bemutatása	42
3.2.1. Korai Trauma Kérdőív bemutatása	42
3.2.2. Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív bemutatása	43
3.2.3. Pennebaker –féle Testi Tünetlista bemutatása	45
3.3. Vizsgálati személyek, vizsgálati körülmények	46
3.3.1. Vizsgálati személyek	46
3.3.1.1. A minta leíró statisztikai jellemzői	47
3.3.2. Vizsgálati körülmények	49
3.4. Az eredmények bemutatása	49
3.5. Az eredmények értelmezése	50
4. ÖSSZEFOGLALÁS	53
Irodalomjegyzék	54
Mellékletek	56

1. BEVEZETÉS

Munkám során, a gyermekjóléti központban sajnos naponta találkozom gyermekbántalmazással. Mindig is foglalkoztatott az abúzusos esetekkel kapcsolatban a kérdés, vajon mitől válik valaki bántalmazóvá, valamint hogy melyek lesznek, lehetnek a bántalmazás felnőttkori következményei.

Éppen ezért jelen művemben igyekszem összefoglalni a családon belüli gyermekbántalmazás típusait, elméleteit, rizikófaktorait és nem utolsósorban annak rövid- és hosszú távú következményeit.

Dolgozatomban a hangsúlyt inkább a következményekre helyeztem. Úgy gondolom, hogy a legtöbb, gyermekként bántalmazott felnőtt nincsen tisztában azzal, hogy a jelenben fennálló problémái összefüggésben lehetnek a gyermekkori abúzussal. Éppen ezért az utat sem egyszerűen találhatják meg a problémák, tünetek kezelésében.

A családban egyfajta titok övezi az abúzus tényét, így a bántalmazott gyermek csak nagyon ritkán kerül szakemberhez. Ezáltal a krónikus és súlyos családon belüli bántalmazás egyfajta személyiségtorzulást eredményez, amely a felnőtté válás során megszilárdul és nem ritkán patológiába torkollik. A gyermekként bántalmazott felnőtt nehezen kér és kap segítséget. A kapott segítség is ritkán irányul a bántalmazás feldolgozására.

Véleményem szerint a bántalmazást nekünk segítő szakembereknek fel lehet és fel is kell ismernünk. Felismerésével és megelőzésével pedig rengeteg intra- és interperszonális konfliktust küszöbölhetünk ki.

Vizsgálatomban az intrafamiliaris, súlyos, hosszantartó gyermekkori fizikai és/vagy érzelmi bántalmazás néhány releváns felnőttkori következményét kívánom feltárni úgy, hogy gyermekkorukban bántalmazott, felnőttként nem kezelt, „egészséges”, jól funkcionáló egyéneket hasonlítok össze nem bántalmazott, szintén egészséges felnőttekkel az érzelemszabályozás zavarai és a szomatizáció mentén.

Az összehasonlító vizsgálat kapcsán a hipotéziseim az alábbiak:

1. Úgy gondolom, hogy a gyermekkorukban abúzust elszenvedett felnőttek, és a gyermekkorukban nem bántalmazott felnőttek összehasonlításában találhatunk különbséget az érzelemszabályozás terén. Feltételezésem szerint a bántalmazottak érzelemszabályozási zavarokkal küzdenek a kontrollcsoporttal ellentétben, így magasabb összpontszámot érnek el a DERS-ben?

2. Úgy vélem, hogy a gyermekkorukban bántalmazottak, és a gyermekkorukban nem bántalmazottak között különbség lesz a szomatizáció mértékében, mégpedig oly módon, hogy a bántalmazott csoport magasabb pontszámot ér el a PILL-ben, mint a kontroll csoport?

2. GYERMEKBÁNTALMAZÁS

2.1. A gyermekbántalmazás történelmi változásai

A gyermekekkel való rossz bánásmód egyáltalán nem újként, problémaként mégis csak nemrég került a köztudat és a segítő szakma látókörébe. Magyarázatként szolgálhat e kései reagálásra a gyermekbántalmazás definiálásának nehézsége – hiszen a gyermekbántalmazás a történelem során a legváltozatosabb formákat öltötte és ölti mind a mai napig –, illetve az a szomorú tény, hogy a társadalom évszázadokon át megbocsátotta, normálisnak tartotta, sőt akár megkívánta a gyermekekkel való kegyetlen bánásmódot (BABITY, 2005).

A gyermekek fizikai bántalmazásáról először a XX. század közepe táján, a negyvenes években jelent meg néhány publikáció.

Az első tanulmány egy radiológustól, Caffeytől (1946) származik, aki egy subdurális hematómával kezelt gyermek atípusos esetéről számol be. Ezt követően Silverman (1953) elsőként írja le, hogy ilyen sérülések a „szülői gondatlanságra” vezethetők vissza.

A hatvanas évektől kezdve egyre több kutatást végeztek a témával kapcsolatosan. Henry Kempe az Amerikai Gyermekeorvosi Társaság keretében 1961-ben szimpóziumot szervezett a „megvert gyerek szindróma” (battered child syndrome) megvitatásáról, mivel orvosi munkája során számtalan alkalommal találkozott olyan gyermekekkel, akiknek sérülése nem baleseti eredetű volt, s amely sérülések következménye gyakran maradandó károsodás vagy halál volt. Igaz, akkor ez még nem váltott ki túl nagy visszhangot, ám a következő évben megjelent írása végre felkeltette a közvélemény érdeklődését, így ezen írás megjelenésétől, azaz 1962-től számítjuk a gyermekbántalmazás témakörének ismertté válását (HERCZOG, 2007).

Kempe elsősorban orvosi szempontból vizsgálta a gyermekbántalmazás jelenségét, amit az alacsony intelligenciához, alkoholizmushoz, promiszkuitáshoz, instabil házassághoz, és a kisebb súlyú bűncselekményeket elkövetett személyiségekhez kapcsolt, s elsősorban impulzív, egocentrikus, túlérzékeny, kevésbé kontrollált, agresszív személyiségű szülőkkel hozta összefüggésbe azt. Ez megindította azokat a kutatásokat, melyek a bántalmazás dinamikájára, gyermekkori következményeire, az áldozatok és az elkövetők karakterisztikumára, a kezelésre és a hatékony prevenciók stratégiák kidolgozására irányultak (RÉVÉSZ, 2004).

2.2. A bántalmazás definíciói, és definiálásának nehézségei

„Etimológiailag a szó ab-use, azt jelenti, hogy „rosszul használt. A szótárban található jelentései a következők: visszaél (hatalommal, valaki bizalmával), helytelenül, rosszul használ fel, rossz célra fordít, rongál, rosszul bánik valakivel, erőszakot követ el, megbecstelenít, ócsárol, gyaláz, becsmérel, sérteget, sértésekkel halmoz el. Vagyis a szó nagyon komplexen fejezi ki azt, amiről, beszélünk, mégis zavarosak a gyermekekkel való rossz bánásmód körüli nézetek” (HERCZOG, 2007. 40. o.).

A bántalmazás és elhanyagolás meghatározása nehéz feladat és egy sereg kérdés elé állítja a szakembereket. Nemcsak kultúránként, országonként, és történelmi koronként változik a bántalmazásról való vélekedés mikéntje, hanem az egyes ember élete során is. (RÉVÉSZ, 2004).

Ez különösképp igaz az elhanyagolás témakörére, ahol magának az optimális gondozásnak a definiálása során rögtön problémába ütközünk (VETRÓ, 2008)

A definiálásnak ezen kívül az is fontos összetevője, hogy ki és milyen célból kívánja meghatározni az abúzus/elhanyagolás jelentését (HERCZOG, 2007)

Általában véve azonban az kijelenthető, hogy az eddig megalkotott definíciók alapvetően azokat érinti, akik potenciálisan vagy ténylegesen veszélyben vannak, akiket bántalmaztak, vagy bántalmaznak, illetve elhanyagolnak (RÉVÉSZ, 1999). Ugyanakkor nem könnyíti meg a meghatározást, hogy a rossz bánásmódnak (főként az érzelmi abúzusnak) egyes következményei esetleg csak hosszú idő elteltével, akár csak évek múltán, válnak nyilvánvalóvá (HERCZOG, 2007).

Az abúzus két szempont szerint jellemezhető. Az egyik a bántalmazás típusa, tehát, hogy mely viselkedést, illetve mely viselkedés hiányát értjük bántalmazás alatt. A másik szempont az abúzus súlyossága, tehát, hogy milyen mértékben károsító hatású a gyermekre nézve (RÉVÉSZ, 2004). Az első szemponthoz kapcsolódóan a NIS (National Incidence Study – USA) ajánlása alapján különbséget teszünk bántalmazás és elhanyagolás között (VETRÓ, 2008).

Definíciók a bántalmazás és elhanyagolás meghatározására:

„A gyermekbántalmazás, vagy rossz bánásmód magában foglalja mindazokat a fizikai és/vagy érzelmi, veszélyeztető, szexuálisan bántalmazó, elhanyagoló vagy gondatlan magatartásokat, kereskedelmi vagy más jellegű kihasználást, amelyek tényleges vagy potenciális ártalmat jelentenek a gyerek egészségére, túlélésére, fejlődésére, méltóságára nézve egy olyan

kapcsolat keretében, amelynek alapja a felelősség, a bizalom és az erő” (HERCZOG, 2007. 39. o.).

Elhanyagolásról akkor beszélünk, ha a gyermek alapvető fizikai, illetve pszichológiai szükségletei tartósan kielégítetlenek maradnak. Mivel a gyermek személyiségfejlődése szempontjából óriási jelentőséggel bír a gondozóval való érzelmi kapcsolat, az is elhanyagolásnak minősül, ha a gyermek tartósan nem kapja meg az egészséges fejlődéséhez szükséges törődést, figyelmet, védelmet és érzelmi biztonságot. Az elhanyagolás is, csakúgy, mint a bántalmazás, előfordulhat családon belül és azon kívül is (HERCZOG-KOVÁCS, 2003; RÉVÉSZ, 2004; BABITY, 2005).

Míg a gyermekbántalmazás szűk meghatározásába csak a szülők (gondozók) által okozott nem baleseti, atípusos sérülések tartoznak, addig a tágabb meghatározás szerint bármely, a normál fejlődést akadályozó, de elkerülhető bánásmód is bántalmazásnak tekinthető (HERCZOG, 2007).

A bántalmazás kategorizálása:

A gyermekekkel való rossz bánásmódot aktív és passzív formára lehet bontani. **Aktív formáról**, azaz bántalmazásról akkor beszélünk, ha a gyermek ellen olyan cselekményt követnek el, mely a gyermeknek ártalmára van, testi vagy lelki sérülést okoz, vagy okozhat. A **passzív forma** alatt, pedig az elhanyagolást értjük. Nevezetesen azt, hogy a gyermeknek kielégítetlen marad egy vagy több olyan szükséglete, amely az egészséges testi, értelmi vagy érzelmi fejlődését biztosítaná (BABITY, 2005).

Gyermekebántalmazást vagy abúzust tágabb értelemben azonban nemcsak annak aktív előidézője, hanem passzív szemlélője is követhet el azzal, ha az esemény tanúja, vagy tud róla, de nem akadályozza meg, illetve nem jelenti azt (HERCZOG, 2007).

Beszélhetünk még:

- Családon belüli erőszakról,
- Családon kívüli abúzusról (HERCZOG-KOVÁCS, 2003).
- Kereskedelmi célú kizsákmányolásról (HERCZOG, 2007).

A gyermekbántalmazás válfajai:

- fizikai bántalmazás
- érzelmi bántalmazás
- szexuális bántalmazás

Az elhanyagolás válfajai:

- fizikai elhanyagolás
- érzelmi elhanyagolás
- oktatási, nevelési elhanyagolás (BABITY, 2005)

A gyermekbántalmazás és az elhanyagolás előfordulhat külön-külön is, de gyakran tapasztalható együtt a kettő.

A bántalmazás válfajai tüneteinek ismertetése (RÉVÉSZ, 2004):

Fizikai	Emocionális vagy pszichológiai	Szexuális
- Harapás - Rúgás - Ütés - Csípés - Megszorítás - Lökdösődés - Rázás - Sarokba szorítás - Korlátozás - Tárggyal megdobás - Csonttörés - Belső sérülés előidézése - Orvosi kezelés megakadályozása - Fegyverhasználat - Megnyomorítás - Elcsúfítás - Megcsonkítás - Megölés	- Ignorálás - Lealacsonyítás - Visszafogott érzelmek - Minimalizált viszonyulás - Kigúnyolás - Kiabálás, ordítózás - Izoláció - Inzultálás - Vádol(gat)ás - Megalázás - A gyermek kedvenc tárgyainak tönkretétele - A gyermek normalitásának megkérdőjelezése - A gyermek állatkájának megölésével való fenyegetés - Elhagyással való fenyegetés - Erőszakkal való fenyegetés	- Szexuális tárgyként kezelés - A szexuális szükségletek minimalizálása - A szexualitás kritizálása - Rögeszmés féltékenység - Nem kívánt érintés - A másik szexualizált megnevezése - Szexuális aktus követelése - Levetkőzésre kényszerítés - Promiszkuitás - Szexuális aktus megfigyelésére való kényszerítés - Nem kívánt cselekedetre való kényszerítés - Veréssel kikényszerített szexuális aktus - Fegyverrel szexuális aktusra való kényszerítés - Sérülés a szexuális aktus során

2.2.1. Fizikai bántalmazás

A gyermekek fizikai fenyegetése, Magyarországon – ahogy a legtöbb országban – kisebb-nagyobb mértékben sajnos még elfogadott, a napi nevelési rutint képezi sok családban, illetve egyes intézményekben, annak ellenére, hogy a közvéleményben megszilárdulni látszik

egyfajta egyetértés azzal kapcsolatban, hogy a gyermeket kínozni, „bántalmazni” nem szabad (KEREZSI, 1995).

Még a szakmán belül sincs teljesen letisztult kép arról, hogy mi az, ami a bántalmazás fogalmi rendszerén kívül esik, és mi az, ami biztosan kimeríti a bántalmazás kategóriáját. Dingwall szerint két stratégia áll rendelkezésünkre, annak eldöntéséhez, hogy bántalmazottnak/elhanyagottnak tekinthetünk-e egy gyermeket.

Az egyik lehetséges megközelítési mód, a **pesszimista stratégia**, mely szerint minden megsebesült vagy megsérült gyermek elhanyagolt és bántalmazott is egyben, mert nem figyeltek (vigyáztak) rá megfelelően. Ez a felfogás túl tág és sok félreértésre, vagy visszaélésekre adhat okot.

Az **optimista stratégia** szerint a gyermekbántalmazás minősítést csak akkor használjuk, ha az eset megtörténetére vonatkozó összes felmerült magyarázatot már elvetettük (RÉVÉSZ, 2004).

Azok a már megszületett definíciók, amelyek a fizikai bántalmazást igyekeznek minél pontosabban meghatározni, valahol a két stratégia között egyensúlyoznak.

A fizikai bántalmazás definíciója:

„Fizikai bántalmazás az a szándékos cselekedet vagy gondatlanság (így különösen ütés, rázás, mérgezés, égés, fulladás, közlekedési baleset stb.), amely a gyerek fizikai sérüléséhez, halálához vezet, vagy vezethet, és amely a szülő vagy más olyan, gondozási-nevelési feladatot gyakorló személy felelősségi körébe tartozik, akiben a gyerek bíz, illetve, akivel alá-fölérendeltségi viszonyban van. A fizikai bántalmazás lehet egyszeri és lehet ismételt esemény „(HERCZOG, 2007. 84. o.).

A fizikai bántalmazás meghatározása tág keretek között mozog, a formáiról ez egyáltalán nem mondható el. Egyértelmű és szinte minden eshetőséget számba vevő felsorolásokkal találkozhatunk az ezzel foglalkozó szakirodalom olvasása során, melyekben találhatunk alapkategóriákat, - így például a halállal végződő bántalmazást, a testi fenytést és az újszülött megölését (HERCZOG, 2007), - és egyéb részletes felsorolást is: „... ütés, rúgás, rázás (különösen csecsemőkre veszélyes, belső vérzéseket, sérüléseket, vénaszakadást, a nyakcsigolya törését okozhatja, akár a csecsemő halálához is vezethet – és sajnos éppen ez az egyik leggyakoribb bántalmazási forma csecsemők esetében) tárgyval megdobás, szúrás,

fojtogatás (kézzel vagy a gyermek fejének víz alá nyomása), mérgezés, haj húzása, kitépése, megégetés, leforrázás, maró anyaggal leöntés.” (BABITY, 2005).

„A bántalmazás formáin kívül az annak következtében fellépő **tipikus sérüléseket** a következőképp csoportosíthatjuk:

- Lágyrész zúzódások
- Belsőszervi sérülések
- Törések
- Égés
- Agyvérzés, maradandó agykárosodás
- Halál,, (BABITY, 2005. 10. o.).

A gyermekek krónikus fizikai bántalmazásának viselkedésbeli jegyei:

- Ambivalencia a kapcsolatokban
- Másokkal szembeni megnyilvánuló fokozott készenléti állapot
- A veszély megelőlegezése következtében állandósuló védekezés
- Mások elvárásaival való szembesülés során megjelenő frusztráció
- „Kaméleon – természet” (mások elvárásaihoz igazodó viselkedés)
- Tanult tehetetlenség (valaki rendszeresen azt tapasztalja, hogy nem múlik rajta semmi, hogy tettei hatástalanok a környezetre, akkor passzívvá válik, nem kezdeményez. Közömbösség és a tehetetlenség állapota.)
- A szülő testi és érzelmi támogatása utáni vágy
- Az élet élvezetének képtelensége
- Pszichiátriai tünetek, mint: bepislés, dührohamok, hiperaktivitás, bizarr viselkedés
- Alacsony önértékelés
- Iskolai tanulási nehézségek
- Szembenállás vagy visszahúzódás
- A viselkedés „álérettsége” (koraérettsége) (Gil, 1991; Fagot, Pears és mtsai. 1998 id. RÉVÉSZ, 2004).

2.2.2. Érzelmi bántalmazás

Az érzelmi abúzus a legkevésbé ismert és a legambivalensebb megítélés alá eső bántalmazási forma, amellyel a szakemberek csak az utóbbi években kezdtek el mélyrehatóbban foglalkozni. Meghatározása is igen nehéz, mivel nehezen érhető tetten, nehezen mérhető és rengeteg megnyilvánulási formája van, ugyanakkor nem kevésbé súlyos, mint a bántalmazás más formái.

Ezt látszik alátámasztani az is, hogy a gyerekek viselkedése szinte a szemünk láttára módosul az érzelmi abúzus hatására, még ha kezdetben rejtőzködő és csak a későbbiek során felszínre kerülő következményei is vannak. Éppen ezek miatt hagyhat mélyebb nyomot a gyermekben, felismerésének nehézségei okán válhat igen hosszú távúvá és ennek végeredményeképp nehezen gyógyíthatóvá. Az érzelmi bántalmazás kárt okozó hatását azáltal fejt ki, hogy aláássa a gyermek kompetenciáját, ezáltal sérül a szeretni tudás, a társas beilleszkedés, az érzelmileg mások felé fordulás képessége (HERCZOG, 2005).

Az érzelmi bántalmazás arról a verbális vagy nonverbális „üzenetről” szól, amit a gyerek szülője, gondozója küld a gyereknek visszajelzésként saját magáról. Ha ez azt tartalmazza, hogy nem fontos, nem szerethető, nem jó és nincs rá szükség, akkor a gyerek ezzel az érzéssel nő fel. Ezzel a tudattal felnőni pedig nem kis teher. Nem csoda hát, hogy a kora gyermekkori érzelmi bántalmazás szoros összefüggést mutat a serdülőkori/felnőttkori érzelmi, magatartásbeli és kognitív nehézségekkel, magatartászavarokkal, a kriminalitással, a függőséggel, vagy más diszfunkciókkal (HERCZOG, 2005).

Az érzelmi bántalmazás különböző formái előfordulhatnak családban és családon kívül egyaránt, együtt járhatnak a fizikai bántalmazással, de lehet a bántalmazás egyéb formáinak is velejárója.

Az érzelmi bántalmazás definíciója:

„Az érzelmi abúzus a gyermek folyamatos, érzelmi bántalmazása, amely tartós hatást gyakorol a gyermek fejlődésére. Ide tartozik az, amikor a gyermek szerethetetlennek, értéktelennek érzi magát, vagy csak akkor értékelt, ha mások szükségleteit elégíti ki. Ide tartozik az életkornak vagy a fejlettségnek nem megfelelő bánásmód, elvárás illetve a gyermek megfélemlítése, fenyegetése, kizsákmányolása és korrumpálása” (HERCZOG, 2007. 64. o).

A teljesség igénye nélkül az alábbi szülői, gondozói, nevelői magatartásokat tekinthetjük érzelmileg bántalmazónak:

- a gyermek érzelmi elutasítása,

- következetlen, kiszámíthatatlan viselkedés,
- a gyerek gyakori és szándékos megalázása,
- büntudat vagy szégyenérzet keltése a gyerekben,
- a gyerektől elvárni, hogy a felnőtt vagy más személy szükségleteit a sajátja elé helyezze, vagy megakadályozni, elítélni azért, mert kifejezi a sajátját,
- a gyerek bezárása, egyedül hagyása,
- folytonos verbális bántalmazás, szidalmazás,
- a gyerek elhagyással, otthaggyással, fenyegetése,
- megakadályozni, eltüntetni a számára fontos szociális kapcsolattól,
- érzelmileg zsarolni („azt hittem, jó gyerek vagy és nem csinálsz ilyet”, „anya szívrohamot kap és meghal, ha így viselkedsz”, „nem teheted ezt meg a nevelőapáddal, aki kimentett az intézetből” stb.) (HERCZOG, 2007).
- más családtag bántalmazásának válik tanújává (BABITY, 2005).

Az érzelmi bántalmazás típusai:

- Sértegetés, elutasítás: a bántalmazó folyton fölényesen kritizál, melynek nem a segítségnyújtás a célja, hanem a rombolás, a család kiszemelt tagjának érzelmi, szexuális vagy intellektuális becsmérése.
- Fenyegetés: emocionális vagy fizikai bántalmazás szándékának hangoztatása.
- Lekezelés, mellőzés: a család egyik tagjának látványos lenézése, kigúnyolása mellözése, mely az intellektuális vagy fizikai képességeire irányul
- Birtokló és büntető viselkedés: az elkövető úgy kezeli áldozatát, mint valami tulajdonát képező tárgyat.
- Érzelmi zsarolás: az áldozat félelmeit, bizonytalanságát, büntudatát használja fel arra, hogy hatalomra tegyen szert áldozata felett (FREUER, 2008).

A szóbeli erőszak lehet nyílt és rejtett, **közvetlen és közvetett**. A közvetett erőszak kerülő úton éri el áldozatát, másokat használ fel célja eléréséhez, úgy hogy ő maga lehetőleg ne váljék azonosíthatóvá (pl. kibeszélés, összeugrasztás, megbélyegzés, szociális manipuláció számtalan formája, ahol az elkövető a háttérben marad, az áldozat tekintélyét, presztízsét, önértékelését más személyek közreműködésével rombolja, burkoltan manipulálja és tartja ellenőrzése alatt (EVANS, 2004).

Az érzelmi bántalmazás hatására megjelenő tünetek:

- életöröm hiánya,
- közömbösség,
- érdektelenség,
- gátlásosság a játékban,
- a gyermek korához nem illő, túl érett viselkedés,
- alvászavar,
- fejfájás,
- étvágytalanság,
- túlzott fáradékonyság,
- erős szeparációs szorongás,
- bizalmatlanság vagy bizonytalanság,
- fokozott szeretetigény.
- serdülőkorban alkohol és drog abúzus, szuicidkésztetések, promiszkuitás, szökés (HERCZOG, 2007).

2.2.3. Szexuális bántalmazás

A szexuális bántalmazás definíciója:

„A 0-18 év közötti gyermek vagy fiatal szexuális tevékenységekre való kényszerítése vagy csábítása, függetlenül attól, hogy az áldozat tisztában van-e azzal, hogy mi történik vele. E körbe tartozik a fizikai kapcsolat (a hüvelyi vagy anális behatolás, megerőszakolás), és a be nem hatoló, de molesztáló, simogató, csábító tevékenység, a felláció, a maszturbálásra kényszerítés, vagy a kézzel történő ingerlés kikényszerítése is. Ez lehet testi kapcsolaton kívüli tevékenység is, például a gyermek bevonása pornográf anyagok megtekintésébe vagy készítésébe, valamint a szülő vagy a gondozó szexuális tevékenységének figyelésébe, továbbá a gyerek ösztönzése helyteleníthető szexuális viselkedési módokra” (HERCZOG, 2007, 106. o.).

A szexuális bántalmazás fajtái:

- Incesztus: családtag általi szexuális bántalmazás.
- Molesztálás: a nem családtag általi szexuális bántalmazás

- **Pedofília:** a pedofília olyan interakció, amely egy 14 éves kor alatti gyermek és egy felnőtt között zajlik, melynek során a gyermek a felnőtt szexuális indíttatású igényei kielégítéseinek tárgya.
- **Tiltott, pornográf felvétellel való visszaélés:** a gyermekről (akár csecsemőről) fiatakorúról, felnőttek pornográf vagy annak minősülő fényképeket vagy számítógépes képeket, filmeket készítenek.
- **Cybercrime:** a cybercrime jellemző szexuális bántalmazási formái a számítógépen, interneten keresztüli szexuális szolgáltatások, képek, filmek, adatok közvetítése, cseréje, bemutatása.

A szexuális bántalmazásnak megkülönböztethetjük még **kontakt** (amikor a szexuális célzatú fizikai érintkezés az elkövető és az áldozat között ténylegesen létrejön) és **nem-kontakt** formáit (HERCZOG, 2007).

A szexuális bántalmazás kontakt formái:

- csókolózás, simogatás, genitáliák simogatása, genitális közösülés, eszközök használata, anális vagy orális közösülés, pornográfia (BABITY, 2005).

„A szexuális bántalmazás nem-kontakt formái:

- Pornográf filmek/képek nézetése a gyermekkel,
- Voyerizmus (leskelődés),
- A gyermek maszturbálásra kényszerítése,
- Ha a gyermek közösülés vagy más szexuális aktivitás szemtanúja,
- Ha bármely szexuális aktivitásnak, szexuális indítékú exhibicionizmusnak a tanúja.
- A szexuális bántalmazáshoz sorolható az is, ha a szülő a gyermeket annak biológiai nemével ellentétes öltözködésre illetve szerepviselkedésre kényszeríti (pl. a kisfiút lányruhába öltözteti és folyamatosan női becenéven szólítja, stb.)” (BABITY, 2005. 13-14. o.).

A szexuális bántalmazás hatásai:

A szexuális bántalmazás következményeinek tárgyalásakor beszélhetünk rövid, közép és hosszú távú hatásokról, valamint fizikai, pszichikai és szociális károsodásokról.

Testi tünetek:

- Szeméremtájék sérülése.

- Fizikai sérülések.
- Megfertőződés nemi úton terjedő betegségekkel.
- Terhesség (BABITY, 2005).

Lelki tünetek:

- Pszichés trauma elszenvedése, melynek következtében a személyiségfejlődés elakadhat, illetve patológikus irányba fordulhat,
- A gyermek súlyos és elhúzódó érzelmi válságot élhet át (BABITY, 2005).
- „A gyermek nemisége a normálistól eltérően, az emberi kapcsolatok tekintetében diszfunkcionálisan fejlődik – melynek hosszú távú következményei lehetnek: szexuális zavarok (idő előtti szexuális érést produkálhat), promiszkuitás, vagy a szexualitástól való félelem, az alacsony szexuális önértékelés.
- Elsődleges károsodás lehet az áldozat kontrollvesztésének folyamata is. A szexuális visszaélés során a tettes megtöri a gyermekáldozat egyéni akaratát, kívánságai teljesülése iránti vágyát. A gyerek azt érzi, nincs befolyása arra, hogy mi történik vele, „áldozati énkép” alakulhat ki benne. A megbélyegzettség, a szégyenérzet, és az ennek folyamányaként kialakuló önértékelési zavarok, társadalmi elszigeteltség sajnálatos módon gyakran vezet öngyilkossághoz” (HECZOG, 2007, 116. o.).

A súlyosan bántalmazó család jellemzői:

- nem összetartó,
- merev struktúrájú,
- alacsony instrumentális és kommunikatív hatékonyság,
- belső hierarchiájuk inkongruens (VETRÓ, 2008).
- érzelmileg közönyös, süket a gyermek érzelmi szükségleteire,
- az anya hozzáállása a szexualitáshoz büntető, vagy rideg,
- az anya gyermekéhez való viszonya nem meghitt,
- sokat betegeskedő, otthontól távol lévő anya,
- alacsony iskolázottságú anya
- az anya szociálisan elszigetelt,
- az anya depresszióban, pszichotikus megbetegedésben, vagy függőségben szenved,
- az anya, maga is szexuális abúzus áldozata volt gyermekkorában,
- az apa tekintélyelvű, vagy túl gyenge, kötődési és szexuális szükségletei nem találnak kielégítésre,

- a feleség véleménye szerint férje szexuális szükségletei túlzóak,
- az apa szexuálisan frusztrált,
- A gyermek családjának emocionális klímája: dezorganizált, diszfunkcionálisan működő család.
- A szülő reagálása a gyermekek áldozati szerepére: a szülő szorongó bizonytalan reagálása a gyerek tünetképződését erősíti (CIBA, 2006).

2.2.4. Elhanyagolás

A gyermekek normális, egészséges fizikai – érzelmi – intellektuális – szociális illetve erkölcsi fejlődéséhez, mind a fizikai ellátás, mind az érzelmi „táplálás” is elengedhetetlen. Ha egy gyermek ezektől megfosztva él, az nem csak, hogy gátolja a fejlődését, de súlyos érzelmi zavarokhoz, akár személyiségtorzuláshoz is vezethet (BABITY, 2005).

Érdemes megemlíteni, hogy amíg a fizikai és szexuális bántalmazás esetében van a szülő és gyermek között kapcsolat, addig az elhanyagolás eseteiben a szülők nagyon kis mértékben élik meg és fejezik ki gyermekeik iránti figyelmüket. Extrém esetekben úgy tűnik, mintha a szülő nem lenne tudatában a gyermek létezésének. Tehát az elhanyagolás önmagában károsabb következményekkel jár, mintha fizikai bántalmazás is társul hozzá, mert a gyermek ez utóbbit is törődésnek érzi, kap némi figyelmet (RÉVÉSZ, 2004).

„Az elhanyagolás gyűjtőfogalmába tartoznak mindazok a többé-kevésbé tartós helyzetek, melyekben hiányzik a gyermek felé irányuló szeretet, elmarad a gondozás, táplálás vagy éppen a gyermek életéhez, fejlődéséhez alapvetően szükséges tárgyi feltételek hiányoznak. Az elhanyagolás körébe soroljuk még, ha a gyermeket bármely veszélyhelyzetnek gondatlanul kiteszik” (HERCZOG, 2007, 127. o.).

Ide sorolható a fejlődéséhez szükséges feltételektől való elzárás, valamint gyermekek destruktív és antiszociális viselkedésre való bátorítása is (HERCZOG, 2007).

Bagdy Emőke az elhanyagoló nevelést az egyik legveszélyesebb nevelési formának tartja. Szerinte az ilyen körülmények között felnövekvő gyermek szeretet, védelem és biztonság hiányában nem kap támogató vezetést szüleitől, nem ismer korlátozást és erőt sem, ezért belső érték- és normavilága csökevényesen fejlődik. Az ilyen gyermeket gyenge fékrendszere és fokozott agressziós hajlama miatt úgynevezett prekriminális személyiségnek tartjuk, ami azt jelenti, hogy nagyobbak az esélyei a bűnözővé válásra, antiszociális személyiség kialakulására (BAGDY, 2002).

Az elhanyagolásnak alapvetően két típusát különböztetjük el:

A **fizikai** és az **érzelmi** elhanyagolás

2.2.4.1. Fizikai elhanyagolás formái

„Elégtelen felügyelet:_a gyerek életkorának nem megfelelő, veszélyeztető körülmények előállítása, fenntartása. A felügyelet elmulasztása, inadekvát formája, ha nem veszik észre, hogy a gyermek valamiben szükségét szenved (Pl: ha éhes vagy beteg.)” (HERCZOG, 2007,128.o.)

- Élelem,
- Ruházat,
- Higiénia,
- Biztonságos környezet, szállás. (BABITY, 2005).
- Elhagyás, otthagadás,
- Egészségügyi-orvosi elhanyagolás,
- Oktatás elhanyagolása (HERCZOG, 2007).

Sajnos a fizikai elhanyagolás gyakorta előfordul annak okán is, hogy a szülőknek nem áll módjukban megfelelően gondozni a gyermeket (pl. elszegényedett, tartósan munkanélküli vagy hajléktalan, illetve tartósan beteg, a gyermek ellátására képtelen szülő). (HERCZOG, 2007).

2.2.4.2. Érzelmi elhanyagolás

Érzelmi elhanyagolásról beszélünk abban az esetben, amikor: a gyerek érzelmi és pszichológiai fejlődéséhez szükséges gondoskodást, érzelmi hozzájárulást nem kapja meg. A vele töltött idő rövidebbé, az érzelmek kimutatásának hiánya, a gyermek szeretetlensége – azaz a meleg, szeretetteljes szülő-gyermek kapcsolat, az ezzel együtt járó gyakori fizikai érintés, a simogatás, a dajkálás; a biztatás, a mosoly, beszélgetés, az együtt játszás, bátorítás, dicséret, stb. hiánya (HERCZOG, 2007).

Az érzelmi elhanyagolás formái például:

- A gyermekkel nem törődnek, nem figyelnek rá, ignorálják, közömbösek vele szemben,
- gyakran egyedül hagyják, esetleg bezárják a lakásba a szülők távolléte idejére,
- nem érdeklődnek iránta vagy a vele kapcsolatos események iránt,

- közeledésére, kapcsolatfelvételre irányuló kezdeményezéseire nem, vagy pedig hidegen, elutasítóan reagálnak,
- hiányzik a szülő részéről a biztatás, a megerősítés, a szeretet kifejezése a gyermek felé (BABITY, 2005).

Az elhanyagolás hatásai nagyon sokfélék lehetnek a gyerek korától, az elhanyagolás mértékétől, típusától függően:

- Halál (alapvető szükségletek kielégítetlensége, balesetek, melyeknek egyértelműen az odafigyelés hiánya az oka)
- Agykárosodás,
- Nem organikus fejlődési lemaradás,
- Fejlődési lemaradás,
- Gyenge iskolai teljesítmény,
- Egyéb fizikai és magatartási tünetek: szegényes higiénia, ápolatlan megjelenés, állandóan megújuló fertőzések, gyakori balesetek, indokolatlan zúzódasok,
- A kötődési rendellenességek tünetei: Öngerjesztő és/vagy önsértő viselkedés, szokatlan székelési/vizelési módok, szexualizált viselkedés, csavargás (HERCZOG, 2007).
- Érzelmi támogatás hiányában a gyermek szintén nem növekszik/fejlődik kellő mértékben. A gyermek alacsony növésű, gyenge testfelépítésű maradhat. Ezt nevezik pszichoszociális törpeségnek. Ezen kívül ismert még a nélkülözési törpeség is, melyben az érzelmi elhanyagolás mellett a fizikai elhanyagolás is szerepet kap.
- Az érzelmi elhanyagolás további veszélye, hogy valószínűsíti más bántalmazási formák megjelenését (BABITY, 2005).

Az elhanyagolás korra jellemző tünetei:

Az újszülött, a csecsemő a fejlődésben elmarad. Igen gyakori ebben a korban az agyi károsodás, a súlyos fejlődési gondok. Az elhanyagolt csecsemő egykedvű, közömbös, kénytelen saját ösztönző módszereket használni, mint a fej folyamatos ütögetése, vagy az ide-oda himbálódzás.

Iskoláskor előtti korban levő kisgyermekeknél a legjellemzőbbek az érzelmi és szociális beilleszkedési zavarok.

Iskoláskorban pedig a magatartási és tanulási zavarok kerülnek előtérbe, ezek a gyerekek erősen igénylik az elismerést, a stabilitást, és ezért valós vagy vélt koraérettséget mutatnak (RÉVÉSZ, 2004).

2.3. A gyermekbántalmazás rizikófaktorai

A kutatások kezdetben két irányban folytak. Egyfelől főként a bántalmazó szülők pszichológiai rendellenességeinek leírásával és azonosításával próbálkoztak. Steele és Pollach kutatásai nyomán azonban elfogadottá vált, hogy nincs pszichológiai profil, amely kizárólagosan jellemezné a gyermekeiket bántalmazó szülőket, vagy a bántalmazás áldozataivá lett gyermekeket. A másik irányzat, a bántalmazó családokat nagyobb valószínűséggel érintő stresszhelyzetek feltárására törekedett – mint a szülést megelőző nehézségek, vagy az újszülöttkor nehézségei –, melyek a mindennapos frusztráló helyzetekkel együttesen alakítják ki a gyenge anya-gyermek kötődést, s amely kötődés hiánya/gyengesége lesz a legfőbb tényezője a gyermekbántalmazás kialakulásának. Mindkét kutatási irányzat hozott magával eredményt, mely eredményeket együttesen alkalmazva kapjuk meg a legátfogóbb képet a bántalmazásban szerepet játszó tényezőkről (KEREZSI, 1995).

2.3.1. A bántalmazásokban legfontosabb szerepet játszó rizikófaktorok

Családi és szociális rizikófaktorok:

- a család szociális izolációja,
- erőszak a családtörténetben,
- egyedülálló, elvált, külön élő szülők,
- mostohaszülő, vagy élettárs a családban,
- anya 18 éves vagy még fiatalabb gyermeke születésekor,
- ha az anyát hosszabb-rövidebb időre elválasztják gyermekétől,
- zavarok a családi kapcsolatrendszerben, a családtagok közötti kommunikációban,
- a megromlott házastársi kapcsolat,
- csonka család, (RÉVÉSZ, 2004),
- kedvezőtlen szocioökonómiai; státusz, munkanélküliség, rossz lakásviszonyok, szegénység, alacsony havi jövedelem s ez csökkenti képességüket arra, hogy alkalmazkodjanak a váratlan helyzetekhez, megküzdjenek azzal a tapasztalattal, hogy

az események – pl. a gyerek magatartása – nem mindig úgy alakulnak, ahogy ők igénylik,

- krízishelyzetek, melyeket rosszul kezelnek a családban, többnyire eszköztelenség okán, fizikai büntetés hasznosságának állítása,
- Az érzelemszegény környezetben felnövő gyermekek hajlamosabbak rá, hogy szexuális bűncselekmények áldozatává váljanak, mivel ezek a gyerekek vágyódnak a szeretetre, az elfogadásra, elismerésre, viszont az érzelemszegény, elhanyagoló családon belül csak kevés lehetőségük nyílik az önbizalom megszerzésére és az érzelmi támogatásra, így a tettesek könnyen kihasználják ezen gyermekek szeretet- és figyelemigényét (KEREZSI, 1995.).

2.3.2. A bántalmazóvá válás rizikófaktorai

- empátiára képtelenség,
- éretlenség,
- alacsony frusztrációs tolerancia,
- közömbösség, elutasítás,
- túlaggódás,
- intolerancia,
- ambivalens kapcsolata saját szüleivel,
- a szülő bántalmazott gyermek volt (azoknál az anyáknál, akik képesek voltak feldolgozni, korai bántalmazási tapasztalatukat, a bántalmazás valószínűsége lecsökkent),
- mentális betegség,
- hangulati betegség, depresszió,
- alkohol -, vagy drogfüggőség,
- a szülő deviáns, antiszociális vagy erőszakos magatartása,
- szülői szerepre való felkészületlenség,
- anya életkora, éretlen személyisége,
- anya alacsony iskolázottsága,
- egyedülálló anya,
- emelkedett szorongásszint,

- alacsony önértékelés, negatív érzelmek kifejezési képtelensége, gyenge önkontroll. (KEREZSI, 1995)

„Az abúzusok egy részének okát a szülő-gyerek közötti interakció kudarcában kell keresnünk, ott, ahol a kapcsolat kezdetétől képtelenek összehangolódni, mert a gyermek veleszületett temperamentuma, képességeinek mértéke és struktúrája nem egyeztethető össze azokkal a módszerekkel és elvárásokkal, melyekkel a felnőtt próbálkozik. A verbális meggyőzés, a ráutaló vagy mintaadó magatartással történő befolyásolás eleve ismeretlenek, ott csak az erőszak enyhébb vagy durvább formája marad konfliktusfeloldó, problémamegoldó eszközként. S ha az erőszak válik a családi kommunikáció eszközévé, úgy nagy a veszély az eskalálódására, különösen akkor, ha a külső közösségi kontroll is hiányzik. A kialakuló családi erőszak vesztese mindig a legsérülékenyebb családtag – legtöbbször a gyermek” (KEREZSI, 1995. 57.o).

2.3.3. A bántalmazott gyermek jellemzői, a gyermekkel kapcsolatos kockázati tényezők

- koraszülött gyermek,
- kis súllyal született, gyenge fizikumú gyermek,
- ha két testvér születése között kevesebb, mint 18 hónap telik el,
- a gyermek testi vagy szellemi fogyatékosága,
- a gyermek külső megjelenése, szokatlan vagy felnőttes jellegű,
- nehezen kezelhető gyermek, temperamentum jellemzők: sokat síró, nehezen megnyugtatható, ingerlékeny, kevésbé válaszképes csecsemő,
- családjuktól távol élő gyermekek (intézet, nevelőszülő),
- ikrek,
- fiatalabb életkor (BABITY, 2005).
- „tanult tehetetlenség” (HERCZOG, 2007).
- nemi különbség (a lányok veszélyeztetettebbek) (HERCZOG, 2007).

„A bántalmazás rizikótényezői tehát egyrészt a gyermek életkora – minél fiatalabb korban történik a bántalmazás annál súlyosabb következményekkel számolhatunk –, másrészt a bántalmazás idői eloszlása – az ismétlődő, folyamatos bántalmazás hatásai rombolóbbak a gyermek személyiségére –; illetve a bántalmazó személlyel való megelőzően fennálló jó kapcsolat, amely szintén súlyosbítja a bántalmazás következményeit,, (RÉVÉSZ, 2004. 99.o.).

Különösen veszélyeztetett életkorok:

- „Újszülöttkor – különösen a nem várt és koraszülött gyermekek
- Csecsemőkor
- 3-4 éves kor (dackorszak)
- Serdülőkor – leginkább azon modern kori jelenség okán, hogy a szülőktől való függőség kitolódik a mai fiataloknál „(VETRÓ, 2008, 356.o.)

Közvetlen kiváltó események, krízisek:

Csecsemősírás, táplálási nehézségek, szobatisztaságra való szoktatásban fellépő nehézségek, illetve fejlődési és akcidentális krízisek, mint például halálesetek, válás, a munkahely elvesztése, krónikus betegség, természeti katasztrófák stb.

Ezek a külső hatások átalakítják, sokszor destabilizálják a család működését, az egyensúlyvesztett helyzetben pedig felerősödhet – jobb megküzdési stratégiák híján – a családon belüli agresszió, melyben a gyermek fokozottan ki van téve a rossz bánásmódnak (VIKÁR és mtsai, 2007).

2.4. A gyermekbántalmazás elméleti megközelítései

A bántalmazás folyamatának megismerésében elkerülhetetlen azt a kérdést feltennünk, hogy mi az oka, mi a magyarázata a gyermekekkel való rossz bánásmód előfordulásának. Ennek kiderítésére több elmélet is született, amelyekről az alábbiakban egy rövid összefoglalást kívánok adni.

2.4.1. Evolúciós pszichológiai megközelítés

Közismert, hogy az evolúciós pszichológia a pszichológiai és társadalmi jelenségeket abból a szempontból vizsgálja, hogy azok milyen mértékben adaptívak, mennyire szolgálják az alkalmazkodást és a faj túlélését. A gyermekbántalmazásban ilyenformán a gyermek reprodukív értéke áll középpontban, azaz, hogy a gyermek mennyire alkalmas a szülő génjeinek továbbörökítésére. A bántalmazás alapja, így könnyen lehet a gyermek fizikai vagy mentális fogyatékossága (az emocionális kötődés hiányában), betegsége, gyenge fizikuma, hiszen ezen tényezők csökkentik reprodukív értékét, s ez a szülőket – ha nem is tudatosan – de befolyásolja a bánásmód megválasztásában.

A gyermekbántalmazás gyakorisága nő ott, ahol a család anyagi helyzete és stabilitása annyira leromlik, hogy anyagi forrás hiányában nincs biztosítva valamennyi gyermek gondozása. A fiatalabb, gyengébb gyermekek, akiknek felnevelésükre kisebb az esély, sokkal veszélyeztetettebbek (BABITY, 2005).

Ahol az egyik szülő mostoha, ott szintén nő a gyermekbántalmazás kockázata (BABITY, 2005).

Nemük szerint, és a kultúra által befolyásolva is változik a bántalmazás előfordulása. (RÉVÉSZ, 2004).

2.4.2. A kötődélméleti megközelítés

A gyermek és gondozója között az élet korai szakaszában, egy sajátos kapcsolati minta alakul ki, az úgynevezett kötődés, ami olyan viselkedési mintázatot takar, mely során a felek keresik egymás társaságát, fizikai, valamint érzelmi közelségét, mivel azt kölcsönösen kielégítőnek, kíváncsúnak és örömtelinek tartják (BABITY, 2005).

A gyermek későbbi szociális kapcsolatainak mintázatát, és „minőségét” korai kötődési tapasztalatai határozzák meg.

A biológiai megközelítés szerint a kötődés a fajfenntartást szolgálja a reprodukív és protektív viselkedés részét képezve, ami szerint a csecsemő olyan rögzítetten programozott viselkedésmintákkal, társas jelzésekre való képességekkel születik, melyek előhívják az anyai gondoskodást. Ha a csecsemő jelzései által kiváltott anyai gondoskodás megnyugtatja a babát, az jutalmazó mindkét fél részére, vagyis mindketten befolyásolják a másikat, kezdeményeznek, válaszolnak.

A kötődés funkciója tehát a kötődő személy védelme a fizikai és pszichológiai bántalmazásokról, a környezettel való homeosztatiszka kapcsolat fenntartása, az exploratív viselkedés elősegítésével a tanulás lehetővé tétele a gyermek számára (RÉVÉSZ, 2004).

A gyermek életének első pár hónapja kritikus időszak a kötődés kialakulása szempontjából. Ha ez a folyamat zavart szenved, akkor súlyos következményekkel számolhatunk a későbbi szülő-gyermek kapcsolatra nézve, illetve a gyermek személyiségfejlődésére nézve is.

A zavart kötődés ugyanis szintén növeli a gyermekbántalmazás kockázatát (BABITY, 2005a).

„Ainsworth a kötődés minőségének vizsgálata során – az ún. idegenhelyzet-teszt eredményei alapján – három jellegzetes mintázatot írt le (Ainsworth, 1978), melyet a későbbiek során kiegészített egy negyedikkel is. A biztonságosan kötődő, a szorongó/elkerülő, a szorongó/ambivalens, a dezorientált/dezorganizált (D) kötődési típust.” (BABITY, 2005, 20-21.o.).

Ugyanakkor a bizonytalan kötődés önmagában nem, csak egyéb tényezőkkel kölcsönhatásban vezet bántalmazásához (BABITY, 2005).

2.4.3. Tranzakcionális küszöbmodell

E modell értelmében a gyermekbántalmazás és elhanyagolás hátterében több tényező összjátékát kell feltételeznünk. A gyermekbántalmazás előfordulásában egyrészt rizikófaktorok (potenciáló, facilitáló faktorok), másrészt védő (protektív, kompenzáló) faktorok játszanak szerepet, melyek mindegyike lehet tartós vagy átmeneti.

Tartós facilitáló faktorok:

Lehetnek:

- pszichológiaiak (gondozó vagy a gyermek személyiségjellemzői, a gondozó mentális betegsége, önbizalom hiánya, a szülő bántalmazott múltja, alkohol vagy drogfüggősége),
- helyzetiek (szegénység, zsúfoltság, szociális izoláció),
- kulturálisak (a fenyegetés megítélése),
- biológiaiak (koponya-arc arány, veleszületett rendellenességek).

Átmeneti facilitáló faktorok:

Ezek rövidtávú stresszkeltő események, mint például az állás elvesztése, válás, a házastársi kapcsolat nehézségei, a gyermek bizonyos életkorából fakadó nehéz szakaszai, stb.

Tartós kompenzáló faktorok:

Jó szülő-reprezentációk, stabil és biztos családi háttér, jó megküzdési stratégiák, jó problémamegoldó képesség, házastársak közötti jó pszichoszexuális kapcsolat stb.

Átmeneti védőfaktorok:

Az anyagi helyzet hirtelen javulása, a családi élet harmonikus időszakai, vagy ha a gyermek kilép egy nehéz fejlődési periódusból. Ezen faktorok fényében tehát a gyermekbántalmazás abban az esetben valószínű, ha a potenciáló faktorokat nem ellensúlyozzák a kompenzáló faktorok, ezáltal túlsúlyba kerülnek (BABITY, 2005).

2.4.4. Transzgenerációs modell

Sokan tapasztalhattuk meg életünk során, hogy azok a gyermekek, akik szüleik által bántalmazottak voltak, néha a legjobb szándékuk ellenére is maguk is bántalmazó szülővé válnak. Ezt a különböző vizsgálatok eredményei is alátámasztani látszanak, mely felmérések szerint a bántalmazó szülők egyharmada maga is bántalmazott gyermek volt. Ez pedig mi mást bizonyítana, mint azt, hogy a bántalmazás továbbvihető a következő generációra.

Azonban nem szabad szem elől tévesztenünk azokat az adatokat sem, amelyek azt mutatják, hogy a bántalmazott gyermekek kétharmada nem válik bántalmazóvá, illetve, hogy bántalmazó szülővé válhatnak olyan felnőttek is, akiket gyermekkorukban nem bántalmaztak. Ez rengeteg tényező hatására alakul ki az egyik vagy másik irányba.

A szociális tanuláselmélet szerint, ha a modell obszervációját megerősítés követi, az növeli a megfigyelt viselkedés későbbi előfordulási valószínűségét.

Az áthagyományozás sokkal inkább tűnik a szociális és genetikai tényezők kombinációjának, hisz a bántalmazás maga is több tényező eredménye, melyben szerepet játszanak az egyéni, a családi, társadalmi, kulturális hatások egyaránt úgy, mint a szülő pszichológiai problémája, a gyermeki rizikófaktorok, a diszfunkcionális családi interakciók, a stressz indukálta szociális problémák, és a bántalmazás kulturális küszöbértéke (RÉVÉSZ, 2004).

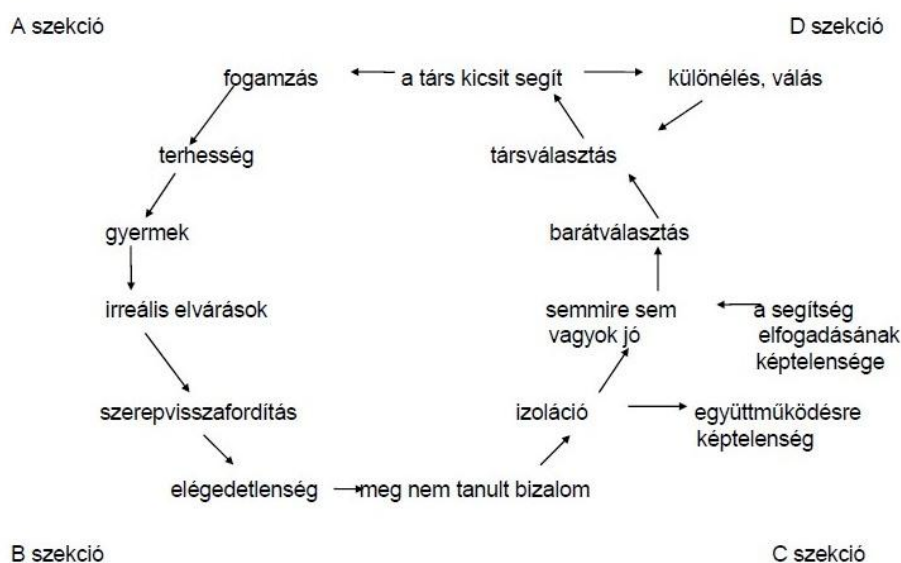
Az intergenerációs bántalmazás hátterében a korai kötődési tapasztalatok mintái állnak. A bizonytalanság lesz a bántalmazott gyerekek korai kötődésének legfőbb eleme, így ezek a modellek válnak általánossá új partnerkapcsolatukban is, így tovább delegálva mindazt, amit családjukban tapasztalhattak éveken át. Azonban az, hogy ezek a felnőttek bántalmazó szülővé válnak-e a későbbiek során, az szerencsére egyáltalán nem evidens.

Az alábbiakban felsorolok néhányat azokból a tényezőkből, amelyek befolyásolhatják, hogy a bántalmazott gyermekből bántalmazó szülő lesz-e.

Alternatív szülőmodellek jelenléte; nem bántalmazó házastárs; önismeret; a traumatikus élmények feldolgozása; tervezett gyermekvállalás; szociális kapcsolatok magas száma; a segítség elérhetősége csökkenti a bántalmazás veszélyét, vagy könnyebben felfedezhetővé teszi.

A transzgenerációs bántalmazás – WAR modell

Helfer (1982), elméletében – „az abnormális nevelés világa” (World of Abnormal Rearing – WAR) –, négy szektorban értelmezi az ismétlődő bántalmazás oki hátterét. Leírja a bántalmazott gyermekből bántalmazott szülővé válás folyamatát. A bántalmazás miatt beépült bizalmatlanság, izoláció, alacsony önértékelés miatt a gyermekkel szemben irreális elvárásokat támaszt a szülő, aminek lehetetlen megfelelni, ez elégedetlenséget szül, ami újra bántalmazáshoz vezet (RÉVÉSZ, 2004) (1. ábra)



WAR. modell (RÉVÉSZ, 2004, 84.o.)

2.5. A gyermekbántalmazás következményei

A bántalmazás következményeinek súlyossága különbözhet az egyes gyermekek esetében. Ebben a variációban szerepet játszik többek között a gyermek életkora, a bántalmazás típusa, súlyossága, időbeli lefolyása, kompenzáló és védő faktorok megléte, így

előfordulhat, hogy egyes gyermekek, csak kissé vagy egyáltalán nem adják jelét annak, hogy a bántalmazás vagy elhanyagolás hatással lett volna rájuk (RÉVÉSZ, 1999).

A bántalmazás hosszú távú következményeit nagyon nehéz pontosan bejósolni.

Általában elmondható, hogy:

- minél fiatalabb a gyermek a bántalmazás időpontjában, annál súlyosabb következményekre lehet számítani,
- az ismétlődő bántalmazás következményei súlyosabbak, mint az egyszeri trauma utóhatásai,
- szintén súlyosbítja a következményeket, ha a gyermek a bántalmazó személlyel előzőleg jó kapcsolatban volt (RÉVÉSZ, 1999).

14 éves kor előtti bántalmazás súlyosabb és komplexebb pszichopatológiát eredményez: a túlélő több disszociatív és szomatizációs tünetet képez, rosszabb érzelemszabályozási készségekkel bír, rosszabbul kezeli az agresszív, öndestruktív és szuicid impulzusait (KURITÁRNÉ, 2008).

2.5.1. Bántalmazásban élni

Az a gyermek, akit bántalmaznak kénytelen egy olyan fenyegető, veszélyes, biztonságot nem nyújtó környezetben élni, melyben éppen a számára legfontosabb személyek okozzák a rettegést és fájdalmat, ahelyett, hogy védelméről, kibontakozásáról, szeretetéről gondoskodnának (BABITY, 2005).

Gyakran éppen az a gondozó jelent a gyermeknek fenyegetést, az okozza a fizikai/lelki fájdalmat, sérülést, akire a gyermek elemi szinten ráutalt. A család klímáját a rettegés, a cserbenhagyás, a titkolózás légköre határozza meg. A bántalmazott gyermek az otthon fogságában él, a társas támaszt nyújtó egyéb kapcsolatoktól legtöbbször elszigetelik, kiszolgáltatott, autonómiájától megfosztott, és nincs hová menekülnie, így végérvényesen a szülők kontrollja alá kerül, ahol az erőviszonyok kiegyensúlyozatlanok (KURITÁRNÉ, 2008).

E családokban a gyermek bizonytalan körülmények között él, homályos, körvonalazatlan magatartási elvárások között. A fegyelmezés eszközeit a szülők sokkal inkább az éppen abban a pillanatban szükségesnek tartott mértékhez igazítják, mintsem ahhoz, hogy a gyermek világosan lássa a határokat. Az ilyen gyermekek gyakran megfélemlítettek,

igen hamar megtanulják, hogy semmiféle támogatást és szeretetet ne várjanak (KEREZSI, 1995).

Korai életkorban a gyermek nem kérdőjelezi meg szülei viselkedését, hiszen nincs összehasonlítási alapja. Számára a feléje irányuló agresszív viselkedés lesz a normális.

Később azonban a gyermek elé kerül a helyzet paradox volta, mely ambivalens érzéseket válthat ki belőle. A harag, a csalódottság, a félelem, a reménykedés, ragaszkodás és a szeretet érzéseinek összeférhetetlensége nyomasztja. Hiába ragaszkodik szüleihez, mélyen legbelül érzi, hogy az elszenvedett rossz bánásmód képtelenség (BABITY, 2005).

Tovább nehezítheti a helyzetet, ha a bántalmazó szülők nem viselkednek egyértelműen, ha vannak békésebb időszakok a család életében. Ennek következtében a szülőkről beépült ambivalens kép az önmagáról kialakított képet is ellentmondásossá teszi. Megfeszülten igyekszik rájönni arra, hogy mi okozza a hirtelen váltakozásokat. A választ természetesen, mint általában minden gyermek, önmagában keresi. Kétségbeesetten igyekszik megtalálni magában azokat a tulajdonságokat, viselkedésmódokat, melyek biztosítják a nyugalmas, oly nagyon vágyott családi idillt. Mivel nem a gyermekben múlik a szülő hozzáállása, így teljesen összezavarodik, mi is a helyes viselkedés, mik az elvárt tulajdonságok, és mi az, ami nem kívánatos. A helyzetből fakadóan azonban nem csak önmagukat monitorozzák folyamatosan, hanem a szüleiket is, s egyes gyermekek nagyfokú érzékenységet fejlesztenek ki magukban, amely arra irányul, hogy az agressziót megelőző jeleket felismerhesse, ezzel is igyekeztve elkerülni a következő támadást. Energiái jelentős részét tehát arra kénytelen fordítani, hogy a várható bántalmazást bejósolja, illetve megkísérelje kivédeni „jó” viselkedésével. Azonban ennek a vélt védelemnek nagy ára van, mivel sok gyermek fejlődése egy vagy több területen (érzelmi, kognitív, szociális téren) meglassul, vagy elakad. Ez a hozzáállás még jelentősebb szerepet kap a szexuális bántalmazás esetében, ahol a gyermek néha kellemes érzéseket – például a felnőtt fokozott figyelméből adódóan, vagy valamilyen különleges jutalom kapcsán –, az idősebbek esetleg kiejárást is átélhetnek. Ezen „pozitív” élmények következtében saját bűnösségét, bizonyított rosszát látja (BABITY, 2005).

Míg felnőttkorban az ismétlődő trauma a már kifejlődött személyiségstruktúrát rombolja, addig a gyermekkorban megélt krónikus bántalmazás alakítja és torzítja a személyiséget.

A gyermek azzal a lehetetlen helyzettel szembesül, hogy egy nem biztonságos környezetben kell megőriznie biztonságát, egy bejósolhatatlan közegben kell megőriznie kontrollját, egy kiszolgáltatott helyzetben kell megőriznie hatalmát, illetve, meg kellene őriznie a megbízhatatlan emberekbe vetett bizalmát. Mivel sem ellátni, sem megvédeni nem tudja magát, a felnőttek nyújtotta gondoskodás és védelem hiányosságait kénytelen a rendelkezésére álló eszközökkel, azaz fejletlen védekező mechanizmusaival kompenzálni, mely mechanizmusok többek között abnormális tudatállapotok kialakulását eredményezik. Ennek következtében a test és a lélek, a valóság és a képzelet, a tudás és az emlékezet szokásos kapcsolatai megtörnek, és végeredményképpen a későbbiekben számtalan testi és pszichológiai tünet képződik (HERMAN, 2003).

Ezek az elhárítások tehát a realitás megélését módosítják, ezáltal az ép integráció és az egészséges kötődés kialakulását ellehetetlenítik (KURITÁRNÉ, 2008).

Azon családok, amelyekben a gyerekeket bántalmazták, általában szociálisan izolálódtak. Ezt az elszigeteltséget gyakran a bántalmazó kényszeríti ki, így lerombolván a gyermek esetleges védő kapcsolatait, hiszen így megőrizheti a titkot, és a családtagok feletti uralmát. Esetenként a gyerek számára megtiltja a kortárs kapcsolatok fenntartását, vagy beleavatkozik életének minden területébe, teljesen kontrollálva tevékenységeit. Ha a gyerek mégis képes kapcsolatokat fenntartani, akkor is elszigeteltnek és kívülállónak érzi magát a vele egykorúak között, hiszen meg kell őriznie a családi titkot. Ha el is mondaná mit él át, a többiektől, tapasztalatok híján megértésre nem számíthatna.

Magányos, elhagyatott érzését az is fokozza, hogy a családi, vagy a közvetlen környezetében lévő nem bántalmazó felnőttektől, nem kap védelmet. A gyerek ezért gyakran sokkal jobban haragszik arra a szülőre, aki sorsára hagyta, s dühét általában azokon vezeti le, akik nem adtak rá okot (HERMAN, 2003).

Mivel a legtöbb bántalmazás családon belül éri a gyermekeket, így az elsődleges gondozókkal kialakított kapcsolatok alapjaiban sérülnek meg, hiszen eleve patológiás kötődést kényszerül kialakítani szüleivel.

Az elkövető szülő gyakorta fenyegetőzik a gyermek megverésével, megölésével, vagy a gyermek szeretett állatának kivégzésével. Ugyancsak jellemző ezekre a szülőkre, hogy azzal fenyegeti a gyereket, ha nem lesz engedelmes, azzal egy másik (leginkább a gyermek által szeretett) családtag halálát okozza. A bántalmazó családi környezetben emellett a szülői hatalomgyakorlás önkényes, szeszélyes és abszolút. A következtelen, és nyilvánvalóan

igazságtalan és kicsinyes szabályok kiszámíthatatlan változásával és betartásával, a részleges jutalmazással, az áldozat elszigetelésével, és titoktartásra kényszerítésével a rettegés és halálfélelem mellett kialakul a gyermekben a tehetetlenség érzése is (HERMAN, 2003).

A krónikus hiperarousal (fokozott készenléti állapot) megzavarja a gyermek testi állapotainak normál szabályozását. Ezt megnehezíti az is, hogy a gyerek testével a bántalmazó rendelkezik, aki az alvás, az ébrenlét, az ürítés, és a táplálkozás természetes ciklusait bármikor önkényesen megzavarhatja, vagy éppen a legapróbb részletekbe menően felügyelheti. Egyes családokban előfordulhat a testi funkciók feletti erőszakos kontroll, mint például a kényszeretetés, éheztetés, vagy a megkötözés (HERMAN, 2003).

Ezáltal a biológiai funkciók önszabályozása – a biztonságos környezet hiányában – nem tud kialakulni, és sok gyereknél ez krónikus alvászavar, evészavar, emésztőszervi problémák és egyéb testi distressz-tünet képződéséhez vezet (VETRÓ, 2008).

Emellett a rettegés állandó veszélye egyfajta képességet, nagyfokú érzékenységet és állandó készenléti állapotot alakít ki a gyermekben, hogy a támadás figyelmeztető jeleit azonnal felismerhesse. Pontosan ráhangolódik a bántalmazó lelkiállapotára, megtanulja az arckifejezés, a hanghordozás és a testbeszéd legkisebb változásait a düh, a szexuális izgalom, az ittasság vagy a disszociáció jeleként észlelni. Ez a nonverbális kommunikáció szinte teljesen tudattalanul zajlik, így a gyermek anélkül reagál ezekre a bizonyos jelzésekre, hogy meg tudná azokat nevezni. Amint észleli bántalmazója apró megnyilvánulásait, amelyek általában megelőzik a bántalmazást, a gyermek megpróbálja lecsillapítani, vagy elkerülni szüleit. (Utóbbiból kifolyólag gyakoriak a szökési kísérletek).

A bántalmazó jelenlétében igyekeznek elkerülni, hogy rájuk terelődjön a figyelem, igyekeznek mozdulatlanra dermedni, összehúzzák magukat, teljesen kifejezéstelenné válik arcuk, miközben vegetatív idegrendszerük a hiperarousal állapotában van. Ez a dermedt figyelem feszült állapota, amely szinte minden bántalmazott gyermeknél megfigyelhető jelenség. Ha az elkerülés nem sikerül, a gyerekek engedelmisségük automatikus demonstrálásával próbálják megbékíteni bántalmazóikat. Mivel bántalmazóját természetfeletti hatalommal bírónak hiszi, és úgy érzi, minden ellenállás hiábavaló, arra motiválja a gyermeket, hogy bebizonyítsa hűségét és engedelmisségét, legtöbbször azzal, hogy megpróbál jó lenni, így igyekeztve a helyzetet az egyetlen lehetséges módon ellenőrzése alá vonni.

Amennyiben sehogy sem tudják kivédeni a bántalmazás bekövetkeztét, a gyerekek megtanulják a teljes önmegadás stratégiáját, a tagadást, az elfojtást és a disszociációt alkalmazni. A disszociáció segítségével megváltozik idő-, hely- és személyiségészlelésük, így képesek a bántalmazás tényét többé-kevésbé figyelmen kívül hagyni, illetve észleléseiket, emlékeiket tudatuktól távol tartani (HERMAN, 2003).

2.5.2. A bántalmazás pszichológiai következményei

2.5.2.1. Gyermekkori következmények

A szélsőséges elhanyagolásnak, bántalmazásnak kitett csecsemőknél három hónapos kortól már megfigyelhető az úgynevezett elkerülő viselkedés. Ahelyett, hogy szüleikkel kapcsolatot keresnének, jelzésre reagálnának, perceptuálisan hárítják bántalmazójukat. A szülő hangját hallva nem keresik őt, anyjuk arcán tekintetük fixáció nélkül siklik tovább, miközben a szobában lévő tárgyakat életkoruknak megfelelően figyelik és a többi jelenlévő személlyel is felveszik a szemkontaktust. Az éhség vagy váratlan, erős külső inger gyorsan dezorganizálja őket, de még ezekben a szélsőséges esetekben sem fordulnak az anyjuk felé.

Öt hónapos kortól figyelték meg a megdermedés jelenségét. Ez a teljes dermedtség hosszú ideig tarthat, melyet nem lassú oldódás követ, hanem váratlan összeomlás. Ahogy nőnek ezek a gyerekek viselkedésüket egyre inkább a szélsőségek uralják. Míg a nappali viselkedésüket a bántalmazó szülővel való küzdelem, és a szétesett őrvongás, éles átmenet nélküli váltakozása, addig az éjszakákat a rémület, és a teljes kétségbeesés jellemzi.

Egy éves kor vége felé válik jellemzővé az autoagresszív viselkedés: az öningerlés, és az önvigasztalás destruktív formái. A fejlődés során ezek – a megdermedés, a perceptuális elhárítás, és az elkerülés – az elhárítás formáivá válnak.

Később kezelhetetlen, alkalmazkodási zavarokkal küzdő, váratlanul összeomló, dezorganizált, megnyugtathatatlan, indulatait kezeli nem tudó, az affektusszabályozás készségeivel nem rendelkező, a külvilággal kapcsolatot alig tartó, szociális terét érzékelni képtelen, az agresszió és autoagresszió között oszcilláló személlyé válik a túlélő gyermek (VIKÁR és mtsai, 2007).

A patológiás kötődés folytán tehát sérül valamennyi képesség, mely a szeretet nyitottság és bizalom jelenlétét igénylik, a folyamatos reménytelenség és tehetetlenség érzése pedig könnyen vezethet depresszióhoz, melynek folyamányaként a gyermek passzív, visszahúzódó, az öröm átélésére képtelen, alacsony önértékeléssel bíró egyén lesz.

A depressziós tünetek mellett fellépő szorongásos élmények, és a gyermekkorban súlyos következményekkel járó alvászavarok együttesen pedig könnyen elindíthatják a véget nem érő szomatizációs tünetképzést, mint például has- és fejfájást, elhúzódó felső légúti betegségeket, a fertőzésekre való fokozott érzékenységet, mely panaszok felnőttkorra krónikus formát ölthetnek (VETRÓ, 2008).

A rossz szocioökonómiai helyzetű családokban a tudás, mint érték nem épült be a gyermek értékrendszerébe, ráadásul ezt az iskolába járás is nehezen tudja korrigálni, mivel a család szegénykultúrája és az iskola középosztályi értékrendje gyakran ütközik egymással.

A jobb életkörülmények között élő családoknál azonban gyakran magas teljesítményű, kitűnő eredményeket magáévá tudó gyermekekkel is találkozhatunk, ami azonban két okból kifolyólag nem meglepő. A gyermek egyrészt „el tud menekülni” a könyvek világába, másrészt igyekezvén megfelelni szülei irreális elvárásainak, mindent megtesz azért, hogy legalább ezt a lehetséges „verésre” okot adható faktort kiküszöbölje. Ha a gyermek példás eredményeket tud felmutatni, akkor a külső környezetben megerősödik a családra vonatkozóan a normalitás látszata (KEREZSI, 1995).

A bántalmazás általános gyermekkori következményei:

- szorongás, depresszió,
- a gyermek minden kapcsolatát szexualitással tölti fel, mivel úgy érzi, ez az egyetlen esélye a szeretet elnyerésére,
- a szeretet kifejezésében, és elfogadásában nehézségekkel küzd,
- képtelen a harag kifejezésére,
- hajlik az önfeláldozó attitűdre, mely vagy passzív visszahúzódás, vagy önpusztító, extrém cselekvések formájában jelentkezik,
- szuicid viselkedésre hajlamos,
- szökések sorozata jellemzi (VETRÓ, 2008).

Hyde és Kauffmann: A gyermekkori abúzusra utaló klinikai jelek:

- sikertelen védekező manőverek: amnézia, disszociatív epizódok,
- fóbias szorongásos állapotok,
- az élmény tudatos vagy tudattalan ismételt átélése,
- másoktól való különbözőség érzése,

- alacsony önértékelés, büntudat,
- testképzavarok,
- szülők torzult percepciója,
- incesztusra emlékeztető helyzetek (intimitás) kerülése (KURITÁRNÉ, 2008).

2.5.2.2. Felnőttkori következmények

A túlélők felnőtt korukban is gyakran szenvednek önbizalomhiánytól, depressziótól, és nehezen ismerik fel mások érzelmeit, ezáltal nehezükre esik viszonzni a feléjük irányuló szeretetet, mivel eleve megkérdőjelezi a hozzájuk pozitívan viszonyuló másik személy érzelmeinek valóságát. Alapjaiban képtelenek a bizalomra, így kapcsolataikban nem tudnak bensőséges viszonyt kialakítani a partnerükkel.

Az alapvető bizalmatlanságuk pedig egy veszélyes és fenyegető világot láttatnak velük tele megbízhatatlan emberekkel. Azáltal, hogy önértékelésük alacsony, hogy csökkent képességgel bírnak a kapcsolatok felépítése, és megtartása terén, és nem bíznak meg senkiben és semmiben, így segítséget kérni és elfogadni is nehezükre esik (BABITY, 2005).

Problémamegoldásaikban ugyanolyan eszköztelenek, mint annak idején a szüleik voltak, így gyermekükkel való kapcsolatukban is hasonlóképpen reagálnak: gyakran nem képesek felismerni és kielégíteni gyermekük szükségleteit, képtelenek együtt érezni, együtt örülni vele, és sokszor hasonló bánásmódban részesítik, mint ahogyan velük bántak – akár annak ellenére, hogy nem ez a szándékuk.

Bár a gyermekkorukban bántalmazott felnőttek közül sokan másként igyekeznek kapcsolatukat alakítani gyermekükkel, fennáll a veszélye annak, hogy nevelési stílusuk ugyancsak szélsőségessé válik, és túlságosan engedékenyek lesznek, s mellőznek mindenfajta büntetést, mindazt, ami nekik gyermekkorukban fájdalmat okozott. Az ilyen „laissez faire” légkörben felnövekvő gyermek ugyanúgy deficitet mutathat a viselkedésszabályozás és az önkontroll terén, s ez végső soron antiszociális megnyilvánulásokhoz vezet, mivel hiányzik a világos, szilárd és biztonságot adó szabályrendszer, amihez viselkedését igazíthatná (BABITY, 2005).

A bántalmazás következtében felléphet a poszttraumás stressz szindróma (PTSD) is, amelyre az alábbiakban felsoroltak jellemzőek:

Hiperarousal; emléketörés (a trauma mintha épp most történne); beszűkülés; elkerülés. (BABITY, 2005).

A poszttraumás tünetek csak alkalmasszerűen jelentkeznek, és az idő előrehaladtával általában csökkenő tendenciát mutatnak, de az elkerülést szolgáló védekezések és a krónikus hiperarousal, mint kondicionált pszichológiai és biológiai stresszreakció, folyamatosan fennmarad (KURITÁRNÉ, 2008). A traumatikus élmény megtörténte után hónapokig, évekig vagy az elszennvedő élete végéig is fennállhatnak ezek a tünetek.

Judith Herman a gyermekbántalmazást, mint traumát közelíti meg. A hosszantartó, ismételt bántalmazás túlélőinél tapasztalható pszichológiai zavar leírására egy új diagnosztikus elnevezést vezet be: a komplex PTSD-t (HERMAN, 2003).

A komplex PTSD a traumatizáció következtében létrejött, a személyiség egészségét érintő kóros lelki folyamat leírására alkalmas (KURITÁRNÉ, 2008).

Van der Kolk is a hosszantartó gyerekkori traumatizáció komplex poszttraumás stressz – zavart eredményező hatása mellett érvel, melynek hosszú távú kimenete a krónikus affektív szabályozási zavar, a súlyos neuroendokrin zavarok, a destruktív viselkedés a self és mások ellen, disszociatív tünetek, szomatizáció, tanulási zavarok, a selfről és a másokról alkotott reprezentációk torzulása (KURITÁRNÉ 2008). E tünetcsoport súlyossága a trauma korai kezdetével és időtartamával arányos.

A komplex PTSD tünetei:

1. „Hosszantartó, totalitárius jellegű hatalomnak való alávetettség,
2. Az érzelemszabályozás módosulásai,
3. A tudat módosulásai,
4. Az önészlelés módosulásai,
5. Az elkövető észlelésének módosulásai,
6. Az emberi kapcsolatok módosulásai,
7. A jelentésrendszerek módosulásai: hit elvesztése, reménytelenség és kétségbeesés érzése,, (HERMAN, 2003, 150-151.o.).

2.6. Szomatizáció

Freuer használta először a szomatizáció kifejezést, leírva azt a jelenséget, amikor a pszichés konfliktusok szervi megbetegedésekké vagy pszichoszomatikus zavarokká alakulnak pszichés betegségekre hajlamos egyéneknél.

Dolgozatomban szeretném vizsgálni, hogy a bántalmazás egyik következményének tekinthető-e a szomatizáció. Élete során, szinte minden ember átél különböző szomatizációs jelenségeket és megismeri a hipochondriázis élményét is. A szomatizáló személyek azonban nem egyenlő mértékben foglalkoznak testi tüneteikkel kognitív szinten, és nem egyformán félnek attól, hogy a testi tüneteket súlyos betegség okozhatja (KULCSÁR, 2002).

„A szomatizációval járó emocionális élmények terén is nagy individuális különbségek vannak: az egyik végpont a konverziós hisztériában leírt közömbösség („la belle indifference”), amelyben a beteg a szenzomotoros rendszert érintő tüneteit (pl. konverziós bénulás, sükettség, vakság) szinte érzelemmentesen fogadja, a másik a tüneteket kísérő pánik, halálfélelem és/vagy depresszió” (KULCSÁR, 2002, 66.o.).

A szomatizáció minden kultúrában megtalálható, gyakori jelenség, bár előfordulási aránya és jellegzetességei kultúráról kultúrára eltérőek lehetnek.

A szomatizáció fogalma olyan dualisztikus felfogáson alapul, amely szerint a szomatikus tünetek az érzelmi kifejeződés helyett jelennek meg, illetve, hogy a szomatikus szenvedésre való fókuszálás, a testi panaszok amplifikációja, az érzelmi distressz tudattalan megnyilvánulása (KULCSÁR és mtsai, 2004).

„Lipowsky (1988) szerint a különböző, szomatizációval járó zavarok egyetlen közös vonása, hogy a beteg stresszhelyzetekre és az emocionális feszültség helyzeteire döntően szomatikus- és nem kognitív szinten reagál. A szomatizációt Lipowsky számos vonatkozásban többdimenziós jelenségnek tekinti. Négy dimenziót javasol: a zavar időtartamát, a hipochondriázis, az emocionalitás és az alexitímia mértékét. Az időtartam mellett felveti a panaszok számát és súlyosságát, mint szintén folytonos változókat” (KULCSÁR, 2002, 65.o.).

„Simon és VonKorff (1991) szerint a szomatizáció nem jár az emocionális distressz közlésére való képtelenséggel, azaz nem társul alexitímiával (emocionális élmények verbális kifejezésére való képesség deficitje). E szerzők a szomatizációt olyan zavarnak tekintik, amelyben az érintettek mind a fizikai, mind az emocionális distresszre fokozott érzékenységgel reagálnak, fizikai tüneteiket tudatosan megélt érzelmi krízishelyzetekben amplifikálják” (KULCSÁR, 2002, 67. o.)

A fizikai tünet tehát, nem az érzelm tudatosításának elhárítása, hanem a distressznek az érzelm kifejezésével párhuzamos megnyilvánulási formája. Alapvető félreértésnek tekintik

azt az elképzelést, amely a szomatizációs betegséget pszichés problémák elhárítására vezeti vissza (KULCSÁR, 2002).

„Simon és VonKorff így ír a kérdésről: „Jól lehet a megmagyarázhatatlan fizikai tünetektől szenvedő betegek jelentős része depresszióról és szorongásról számol be, de pszichiátriai tüneteket inkább a fizikai szimptómák következményeként, mint okaként élik át” (KULCSÁR, 2002, 67.o.).

A szomatizáció terminus eredetileg a betegség okainak értelmezését célzó pszichodinamikai elmülethez kapcsolódott, mely szerint a pszichológiai konfliktus testi szenvedéssé alakul át. Tehát a szomatizáló betegek által panaszolt fizikai tünetek a lelki szenvedés kifejezésének alterált formái. Sure (1988) e betegségeket úgy jellemzi, mint amelyekben a beteg szomatikus csatornákat használ az emocionális distressz kifejezésére (KULCSÁR, 2002).

Ma szomatikus tünetek alatt diffúz, organikus okokkal nem magyarázható szomatikus panaszokat értünk. „Stoudemire rámutat arra, hogy míg a korai gyermekkorban mind a testi, mind a pszichológiai distressz szomatikus úton egyaránt kifejezésre jut, a nyelvelsajátítással együtt a gyermek képessé válik testi és pszichológiai élményeinek elkülönítésére. Erre akkor tanul rá, ha a szülő megfelelően címkézi, osztályozza, magyarázza, értékeli a gyermek distresszét. Stoudemire értelmezése szerint affektív zavarok, illetve nem megfelelő szülői magatartás és családi modellek a verbalizálás nehézségeit, a predominánsan szomatikus kifejezési forma fennmaradását eredményezik, ami szomatoform zavarok kialakulásához vezet” (KULCSÁR, 2002, 68. o.).

Nem meglepő tehát, hogy a gyermekkori bántalmazás és a bántalmazás okozta trauma a felnőttkorban jelentkező megmagyarázhatatlan testi tünetek, a szomatizáció fontos rizikótényezőjének tekinthető. (Hotopf és mtsai 1999, id. KULCSÁR és mtsai, 2004), továbbá az sem, hogy a testtel és testi tünetekkel való fokozott foglalatosskódás a gyermekkori traumán átesett személyek esetében jelentősen megnövekszik (KULCSÁR, 2004).

A tünetek konceptualizálása:

A szomatizációs tüneteket sokféle jelentéssel ruházzák fel és sokféleképpen interpretálják. Az alábbiakban felsorolt magyarázatok önmagukban is megállják a helyüket, ám a testi tünetképzés okairól teljesebb képet kaphatunk, amennyiben mindegyik szempontot figyelembe vesszük a jelenség értelmezése során.

Szomatikus panaszok, mint betegség tünetek: a szomatizációs tünetek a fiziológiai szintű zavar, automatikus következményei.

Szomatikus tünet, mint pszichológiai konfliktusok megnyilvánulásai: az intrapszichés vagy interperszonális konfliktusból eredő érzelmi distressz egy sor szomatizációs tünettől járó fiziológiai zavart eredményezhet, következésképpen a testi tüneteket egyszerűen pszichoszociális problémák mutatóinak tekintik. A pszichodinamikai elmélet azt feltételezi, hogy a fizikai tünet pszichogén okára olyan közvetítő mechanizmusokon keresztül érvényesül, amelyek nem feltételeznek tudatosságot, illetve a konfliktusnak vagy a konfliktus egészségre gyakorolt hatásának felismerését.

Szomatikus tünet, mint specifikus pszichopatológia megnyilvánulása: a modern pszichodinamikai elméletek úgy érvelnek, hogy a szomatikus testi tünetek az érzelmi konfliktusok és distressz szimbolikus megoldásának és kifejezésének a kapacitásában megmutatkozó deficit következtében jelentkeznek. Például bizonyos gyerekkori események, amelyek arról szólnak, hogy a testi betegség a segítségkérés és a konfliktusmegoldás legitim eszközeként működik a szomatikus tünetekről való fokozott panaszkodáshoz és gyakoribb orvoshoz-forduláshoz vezet.

Szomatikus tünet, mint a szociális pozícióteremtés eszköze: a segítségkérés, alkalmazkodás és a munkaképtelenné válás folyamatai, amelyek a szomatikus tünetekre adott válaszképpen lépnek működésbe, átalakíthatják a családi viszonyokat és más szociális szerepeket is. Ezt a jelenséget részben fedi a „másodlagos betegségelőny” terminus.

Szomatikus tünetek, mint szociális kommentárok vagy tiltakozások: azok a tünetek, amelyeket egyértelműen a kedvezőtlen körülményeknek tulajdoníthatunk, a tiltakozás eszközeiként értelmezhetők, és a kívánt cél elérésnek eszközeiként használhatók fel (KULCSÁR és mtsai, 2004).

2.7 Az érzelemszabályozás képessége

Régebben az érzelemszabályozás kérdése az érzelemerkifejezés elnyomására/elfojtására korlátozódott, amit a pszichoszomatikus betegségek kialakulásában etiológiai tényezőként tartottak számon. Alexander például a szomorúság és a sírás elnyomását az asztmával, a harag elnyomását a kardiovaszkuláris megbetegedésekkel, míg a függő segítségkérő viselkedés elnyomását a gasztrointesztinális betegségekkel kapcsolta össze (KULCSÁR és mtsai, 2004).

A szülővel kialakított kapcsolat fontos szerepet játszik a gyerek testi és érzelmi állapotainak szabályozásában, és az autonóm önszabályozás képességének kialakulásában. Az abúzázó család a gyerek érzelmemulációját nem támogatja, sőt az abúzus során ismétlődően szélsőséges biopszichológiai állapotokat indukál benne (KURTÁRNÉ, 2008).

Az implicit, automatikus érzelmszabályozó folyamatok gyökere a kötődési kapcsolat.

A bántalmazás túlélői szinte kivétel nélkül szenvednek az érzelmszabályozás bizonyos mértékű zavarával, amelynek következtében általánosságban elmondható róluk, hogy nehezükre esik a düh modulálása, gyakorta krónikus öndestruktív és szuicid viselkedés jellemzi őket, nehezen szabályozzák szexuális életüket, és impulzív, kockázatkereső viselkedésre hajlamosak. Kutatások kimutatták, hogy a korai és tartósan elszenvedett gyermekkori trauma többek között befolyásolja az affektív válasz intenzitásának szabályozására való képességet is. Ez a szabályozási zavar egy sor problémát von maga után, a tanulási képtelenségtől a befelé és kifelé irányított agresszióig (KULCSÁR és mtsai, 2004).

Az affektusszabályozás zavarában szenvedő személyeknél mindemellett gyakori a disszociáció. A krónikus disszociáció, az orvosi okkal nem magyarázható fizikai problémák, és az adekvát önszabályozó folyamatok hiányának kombinációja pedig alapvető hatást gyakorol a személyiségfejlődésre (KULCSÁR és mtsai, 2004).

Ez tükröződik az én-érzés zavarában, és az énkép olyan alakulásában, amelyben a személy önmagát tehetetlennek, sérültnek, hatékonyságában deficiteseznek éli meg, illetve problémái vannak a bizalommal, az intimitással és az önérvényesítéssel.

Az abúzust elszenvedett csecsemők és gyerekek több mint 80 %-nál dezorientált kötődési minta alakul ki. Ennek következtében náluk, nem működnek az önmegnyugtató stratégiák, ezáltal patológiás önszabályozó viselkedésformák jelennek meg.

Azoknál, akik 14 éves koruk előtt szenvedtek el interperszonális abúzust, szignifikánsan több disszociatív probléma alakult ki, emellett rosszabbul tudják kezelni agresszív, öndestruktív és szuicid impulzusaikat, mint azok, akik később voltak interperszonális trauma áldozatai, vagy, akiket természeti katasztrófa sújtott (KULCSÁR és mtsai, 2004).

A PTSD, a disszociáció, a szomatizáció és az érzelmszabályozás zavara közt szoros kapcsolat áll fenn, mivel ezek a zavarok a traumához való alkalmazkodás spektrumát képezik. Janet annak idején felvetette, hogy az extrém emóciók interferálnak a megfelelő információfeldolgozással, ezért a tapasztalatok lenyomata nem képes átalakulni olyan

élménnyé, amit ma deklaratív memóriának neveznénk. A traumatikus élménnyel összekapcsolt kontrollálhatatlan emóciók lehetetlenné teszik az élmény mentális integrációját, ily módon ezek az emlékek lehasadnak (disszociálnak) a hétköznapi tudatról.

Janet megfigyelte, hogy amíg ezek az emlékek disszociálva maradnak, ijesztő észleletek, kényszerek és szomatikus panaszok formájában törnek be a tudatba (KULCSÁR és mtsai, 2004).

Az érzelemszabályozás definíciójának összetevői:

- Az érzelmek tudatosságának és megértésének (érzelmi tisztaság) képessége.
- Az érzelmek elfogadása.
- Az impulzív viselkedések kontrollja és a vágyott célok irányába mozgás, negatív érzelmek megtapasztalása esetén (impulzuskontroll és a célvezérelt viselkedés fenntartása).
- Szituációsan megfelelő érzelemszabályozó technikák rugalmas használata az érzelmi válaszok modulációja érdekében azért, hogy az egyéni célok és a szituációs követelmények egybecsengjenek (ehhez szükség van az érzelemszabályozó stratégiákhoz való hozzáféréshez) (Gratz és Roemer, 2004 id. OATLEY – JANKINS, 2001).

3. VIZSGÁLATI RÉSZ

3.1. A vizsgálat célkitűzése

Vizsgálatomban az intrafamiális, súlyos, hosszantartó gyermekkori fizikai és/vagy érzelmi bántalmazás néhány releváns felnőttkori következményét kívánom feltárni úgy, hogy gyermekkorukban bántalmazott, felnőttként nem kezelt, „egészséges”, jól funkcionáló – egyéneket hasonlítok össze nem bántalmazott, szintén egészséges felnőttekkel az érzelemszabályozás zavari és a szomatizáció mentén.

A többnyire Judith Herman munkássága alapján kiválogatott következmények közül az érzelemszabályozás zavaraira fektettem a hangsúlyt, mivel azt feltételezem, hogy ennek mértéke közvetlen összefüggésben áll a szomatizáció mértékével, mely szintén gyakran megtalálható a bántalmazottak tüneti képében.

Az érzelemszabályozás zavarainak a mérésére az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőívet használok, a szomatizáció mértékének mérésére pedig a Pennebaker-féle Testi Tünetlistát. Utóbbi, mindennapos testi tüneteket, panaszokat foglal magában, mely panaszokat a kitöltőnek előfordulási gyakoriságuk szerint kell bejelölnie, így tehát mérhetővé válik a tünet. Az érzelemszabályozást mérő kérdőív hat alszálát tartalmaz, melyek külön-külön is mutatják a zavar mértékét.

E két kérdőíven túl még használok a Korai Trauma Kérdőívet, amely főként az általam vizsgált bántalmazott és nem bántalmazott csoport elkülönítését hivatott végezni.

3.1.1. Kérdésfeltevések, hipotézisek

Vizsgálatomban elsősorban arra keresem a választ, hogy a gyermekkorban elszenvedett bántalmazásnak, milyen hatásai jelentkeznek felnőttkorban, az érzelemszabályozást és a szomatizációt tekintve. Judith Herman elméletére alapozva feltételezem, hogy a gyermekkorukban abuzáltak kiterjedtebb és súlyosabb problémákkal küzdenek ezen a területen.

A szakirodalmi áttekintés alapján a következő kérdésekre szeretnék választ kapni:

Érzelemszabályozási nehézségekre vonatkozó hipotézisem:

1. Úgy gondolom, hogy a gyermekkorukban abúzust elszenvedett felnőttek, és a gyermekkorukban nem bántalmazott felnőttek összehasonlításában találhatunk különbséget az érzelemszabályozás terén. Feltételezésem szerint a bántalmazottak érzelemszabályozási zavarokkal küzdenek a kontrollcsoporttal ellentétben, így magasabb összpontszámot érnek el a DERS-ben?

A hermani koncepció azt mondja, hogy a súlyos, hosszantartó bántalmazás együtt jár – többek között – az érzelemszabályozás módosulásaival. Mivel egyértelműen zavart szenved a gyermek és bántalmazója közti kötődés, ezáltal a gyermek nem képes elsajátítani az önmegnyugtató stratégiákat, az érzelemszabályozás folyamatait, amit felnőttkorra már lehetetlen megtanulni. A legtöbb gyermekkorában bántalmazott felnőtt így érzelmeit felismerni alig tudja, az állandó diszfória érzésével küzd, kirobbanó dühét visszafogni képtelen (vagy éppen teljesen legátolja), és másodlagos negatív érzelmek jelentkeznek náluk, melyeket szintén nem tudnak kezelni. Ennek hatásai pedig megmutatkoznak a mindennapi feladatok ellátásában és a kapcsolatok fenntartásában is.

Elsődleges szempont tehát az affektusszabályozás készségeinek megléte vagy hiánya, mert ez lehet egy mutatója annak, hogy milyen mértékű érzelemszabályozási nehézségek megléte mellett képes valaki a mindennapi feladatoknak megfelelni.

Mivel a bántalmazott csoportom vizsgálati alanyai is „egészséges” személyek voltak, ennek kapcsán feltételezem, hogy ha minimális mértékben is, de képesek az érzelemszabályozásra, noha valószínűsítem, hogy nem bántalmazott társaikhoz képest az ezzel kapcsolatos készségeik sokkal gyengébbnek fognak mutatkozni.

Szomatizációra vonatkozó hipotézisem:

2. Úgy vélem, hogy a gyermekkorukban bántalmazottak, és a gyermekkorukban nem bántalmazottak között különbség lesz a szomatizáció mértékében, mégpedig oly módon, hogy a bántalmazott csoport magasabb pontszámot ér el a PILL-ben, mint a kontroll csoport?

A krónikus stressz hatásai kapcsán, amellyel együtt kell élnie a bántalmazott gyermeknek, eddig megállapították, hogy jelentősen lecsökkenti a szervezet energiaszintjét, és immunrendszerének helyénvaló működését, ami önmagában több testi panaszt indukálhat. Azonban a szomatizációval kapcsolatos elméletek azt is hangsúlyozzák, hogy a lelki eredetű problémák kifejeződhetnek testi tünet formájában, főleg gyermekkorban, amikor a nyelvi kifejezés nehézségei okán eleve nagyobb hangsúlyt kap a tünetképzés egy-egy pszichés konfliktus során.

Tehát külön-külön a fiziológiai és a lelki hatások is indukálhatnak testi panaszokat, ezért úgy gondolom, hogy a bántalmazott csoport mindenképpen magasabb értéket kell, hogy elérjen a Pennebaker – féle Testi Tünetlistán.

3.2. A vizsgálati eszközök bemutatása

3.2.1. Korai Trauma Kérdőív bemutatása

(Early trauma Inventory-Self Report, ETI-SR)

Mivel a gyermekkori trauma igen fontos közegészségügyi probléma, a mérésére igen körülhatárolt eszközök állnak rendelkezésükre, ezért J. D. Bremner és mtsai. (2000) kifejlesztették a Korai Trauma Kérdőívet, amely egy önkitöltős teszt, így jóval kevésbé időigényes felvenni és kiértékelni.

Az ETI – SR a korai, gyermekkorban (18 év alatt) átélt krízisek, abúzusok feltárására szolgál. A teszt kérdései konkrétak, ami növeli a válaszok reliabilitását. Az egyes tételek részletesen lefedik az abúzus két típusát, azaz a fizikai, és az érzelmi bántalmazását egyaránt, illetve a leggyakrabban előforduló traumákra is rákérdez – köztük az erőszaknak való kitettségre is –, amit korábban rendszeresen elhanyagoltak. Emellett a kérdőívben nem csak eldöntendő vagy gyakoriságra vonatkozó kérdések szerepelnek, hanem elkövetőre vonatkozó kérdések is, illetve hogy hogyan élte/éli meg a személy ezeket az eseményeket. Ez utóbbi különösen fontos adatokat nyújthat arra vonatkozóan, hogy a traumát átélt személy mennyire képes feldolgozni azt, mennyire tartja meghatározónak életében, mennyire reagált/reagál érzékenyen a traumára.

A Korai Trauma Kérdőív felosztása:

(2. sz. melléklet)

A teszt elején található egy adatlap, ami a nemre, a korra, az iskolázottságra, illetve arra kérdez rá, hogy a kitöltő áll/állt-e valaha pszichiátriai kezelés alatt, vagy gondolt-e arra, hogy szüksége lenne rá.

Az első rész olyan bevezető kérdésekből áll, ami a gyermekkori/családi adatokra kérdez rá, mint például: „Hány testvére van?”, „Hogyan jöttek ki a szülei egymással?” stb.

A következő rész általános stresszteli események, krízisek, katasztrófahelyzetek átélésére kérdez rá, mint például: „Szenvedett súlyos balesetet?”, „Esett-e áldozatául fegyveres rablásnak?”, stb.

A harmadik rész konkrétan a bántalmazás elszenvedésére kérdez rá, annak típusait szétválasztva:

A 1. része a fizikai bántalmazásra kérdez rá, mint például: „Előfordult, hogy felpofozták?”

A 2. része az érzelmi bántalmazás elszenvedésére kérdez rá, mint például: „Gyakran mondták Önnek, hogy semmit sem ér?”

Mindegyik tétel a kitöltő 18 éves kora előtti időszakára kérdez rá.

3.2.2. Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív bemutatása

(Difficulties in Emotion Regulation Scale: DERS - 3. sz. melléklet)

Gratz és Roemer (2004) a kérdőívet érzelemszabályozás definíciójuk operacionalizálásaként dolgozták ki. A kérdőív végső változatának 36 tétele hatfaktoros struktúrába rendeződik. Ezek:

- (1) Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága
- (2) Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában
- (3) Impulzuskontroll nehézségek
- (4) Érzelmi tudatosság hiánya
- (5) Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés
- (6) Érzelmi tisztaság hiánya.

Az Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága faktor tételei azt tükrözik, hogy a személy a megtapasztalt negatív érzelmeire intenzív negatív érzelmekkel, másodlagos negatív

érzelmeikkel reagál. Azaz abban az esetben, ha valaki ezen a skálán magas pontszámot ér el, azt jelenti, hogy nem tudja kezelni negatív emócióit, mely további negatív érzelmeket indukál.

A „Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában” faktor a koncentráció negatív érzelmek fellépése esetén tapasztalt nehézségét, valamint a feladatok befejezésének nehézségét méri. Amennyiben magas pontszámot ér el a kitöltő ebben az alskálában, úgy problémái lesznek a mindennapi feladatok elvégzése terén, a munkahelyen való helytállásban, hiszen zavaró emóciói elterelik figyelmét az elvégzendő feladatokról.

Az „Impulzuskontroll nehézségek” faktoron magas pontszámot elérők negatív érzelmek fellépésekor a viselkedés szabályozásában problémákat tapasztalnak. Sokszor tapasztalnak dühkitörést, visszatarthatatlan készletet dühük azonnali kimutatásában.

Az „Érzelmi tudatosság hiánya” faktor tételei azt tükrözik, hogy a személy mennyire figyel az érzelmi jelzéseire, illetve mennyire ismeri el fontosnak azokat. Ha valaki magas pontszámot ér el, az valószínűsíthetően kevésbé figyel érzéseire, nem szán időt azok megértéséhez.

Az „Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzájárulás” faktoron magas pontszámot adóknál negatív érzelmek felbukkanása esetén az állapot hosszantartó lesz, hiszen nincsenek birtokában azoknak a készségeknek, amelyekkel megváltoztathatnák azokat.

Az „Érzelmi tisztaság hiánya” faktor azt méri, hogy mennyire tudja a személy azonosítani az éppen átélt érzelmet. A magas pontszámot elérőknél az érzelmek felismerésének képtelenségét, megfogalmazásának nehézségeit figyelhetjük meg.

A 36 tételre 5 fokú Likert skálán kell válaszolni:

1. szinte soha, (az esetek 0 – 10 %-ában)
2. néha (az esetek 11 – 35 %-ában)
3. kb. az esetek felében (az esetek 36 – 65 %-ában)
4. legtöbbször (az esetek 66 – 90 %-ában)
5. szinte mindig (az esetek 91 – 100 %-ában)

A tesztet kitöltőknél a magas pontszám az érzelemszabályozás magas fokú zavarát jelzi, az alacsony pontszám pedig a megfelelő, egészséges érzelmregulációt mutatja. A teszt

tételei között azonban vannak fordított tételek, melyeket az értékelés során figyelembe kell vennünk.

A fordított tételek az alábbiak:

Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában:

20. „Attól, hogy zaklatott vagyok, még el tudom látni a feladataimat.”

Impulzuskontroll nehézségek:

24. „Amikor zaklatott vagyok, úgy érzem, hogy úrrá tudok lenni a viselkedésemen.”

Érzelmi tudatosság hiánya:

2. „Odafigyelek arra, amit érzek.”

6. „Figyelemmel vagyok az érzéseimre.”

8. „Törődöm azzal, hogy mit érzek.”

10. „Amikor zaklatott vagyok, tudomásul veszem az érzéseimet.”

17. „Amikor valami felzaklat, azt gondolom, hogy az érzelmeim megalapozottak és fontosak”

34. „Ha felzaklat valami, időt szánok arra, hogy kitaláljam, hogyan is érzek valójában.”

Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkentet hozzáférés:

22. „Amikor zaklatott vagyok, tudom, hogy meg fogom találni a módját, hogy végül jobban érezzem magam.”

Érzelmi tisztaság hiánya:

1. „Tisztában vagyok az érzéseimmel.”

7. „Pontosan tudom, hogy mit érzek.”

3.2.3. Pennebaker-féle Testi Tünetlista bemutatása

(Pennebaker Inventory of Limbic Languidness: PILL – 4. sz. melléklet)

A mindennapos testi tünetek feltárásának egyik legszélesebb körben alkalmazott mérőeszközét Pennebaker (1982) dolgozta ki. A PILL 54 testi tünet megítélését tartalmazza. A tünetlistában szereplő mindennapos testi tüneteket és érzéseket a kitöltőknek 5 fokozatú skálán kell megítélniük attól függően, hogy azok milyen gyakran fordulnak elő:

A: Soha nem tapasztalta, vagy csak nagyon ritkán

B: Évi 3-4 alkalomnál kevesebbszer

C: Havonta

D: Hetente, vagy

E: Hetente többször

A tételek között szerepelnek olyanok, mint például gombóc a torokban, köhögés, nyomás a fejben, hasi fájdalom, érzékeny bőr stb.

A kiértékelés során azok a tünetek kapnak 1 pontot, melyeknek az előfordulási gyakoriságát havonta vagy annál sűrűbben megfelelőnek ítéli a kitöltő. Ha az adott tünet soha, vagy évente 3-4 alkalomnál kevesebbszer fordul elő, akkor a tünetet 0-val pontozzuk. Ennek alapján, a tünetlistán elérhető pontszámok 0-tól 54 pontig terjednek.

A hazai kutatási eredmények a mérőeszköz kiváló megbízhatóságát és alkalmazhatóságát támasztják alá. A szakirodalmi adatoknak megfelelően a tünetlistán szignifikánsabban magasabb pontszámot értek el a nők, mint a férfiak. Ebben a tesztben tehát a magas pontszámot elérők, nagyobb szomatizációs mértéket mutatnak, mint azok, akik alacsony pontot érnek el.

3.3. Vizsgálati személyek, vizsgálati körülmények

3.3.1. Vizsgálati személyek

A vizsgálati személyek kiválasztása során elsősorban arra törekedtem, hogy mind a bántalmazott, mind a kontroll csoport tagjai pszichésen egészségesek legyenek, azaz jól funkcionáljanak a mindennapokban. Így elsődleges kritérium volt részemről, hogy ne álljanak, illetve a múltban sem állhattak pszichiátriai/pszichológiai kezelés alatt, (sőt a legtöbbjük soha nem is gondolt arra, hogy szüksége lenne valamilyen terápiára élete során).

A vizsgálati csoportom tagjait, munkahelyem kliensköréből, munkatársaim köréből, családi és baráti körből válogattam.

Első lépésként Herczog (2007) alapján összeállítottam egy listát arról, mit tekint a szakma fizikai/érzelmi/szexuális bántalmazásnak, illetve elhanyagolásnak, amely listát átadtam azoknak, akik jelezték a vizsgálatban való részvételi hajlandóságukat (1. sz. melléklet). Legnagyobb részben itt vált ketté a bántalmazott és a nem bántalmazott csoport.

Elsőként a lehetségesen bántalmazottakkal folytattam a munkám, mivel kisebb létszámukból fakadóan, a későbbiek során e csoporthoz illesztettem a kontroll csoportom létszámát és demográfiai mutatók szerinti összetételét.

Először a Korai Trauma Kérdőívet használtam, mely az alábbi részekből áll össze:

Adatlap

1. Bevezető kérdések
2. Általános események
3. Fizikai bántalmazás
4. Érzelmi bántalmazás
5. Szexualitással kapcsolatos tapasztalatok
6. Általános traumákra, stresszteli eseményekre vonatkozó kérdések

Ebből a kérdőívből azonban csak az adatlapot, a fizikai, az érzelmi illetve a szexuális bántalmazáshoz tartozó részt emeltem ki és adtam oda alanyaimnak kitöltésre.

Mivel a szexuális bántalmazást mérő részét mindenki üresen hagyta, így azt végül a statisztikai elemzésbe nem vettem bele.

A kérdőív kitöltői közül bántalmazottnak vettem azokat a személyeket, akik a gyakoriság megjelölésére a 3-6-ig számozott választ adták.

3.3.1.1. A minta leíró statisztikai jellemzői

A kapott adatok feldolgozásához segítséget kértem a Debreceni Egyetem munkatársától és azt SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 15.0 verziójú programmal végeztük.

Az általam vizsgált teljes minta 59 pszichiátrián nem kezelt, a hétköznapi életben jól funkcionáló személyből áll.

A vizsgált mintám majdnem fele – azaz 29 fő – gyermekkorában elszenvedett valamilyen bántalmazást, a másik fele – 30 fő – nem szenvedett el semmilyen bántalmazást. (A bántalmazás elszenvedése, a kritériumom szerint csak a gyermekkorra vonatkozott, így egyik vizsgálati személyem sem élt át abúzust felnőttként.)

A vizsgálatban, tehát 59 személy vett részt (32 férfi, 27 nő). A vizsgálati személyek életkora 19 és 69 között változik, az átlagéletkor 37,51.

Az iskolázottságuk az alábbi módon oszlik meg (1. táblázat):

1. táblázat: Az iskolázottság megoszlása

	Gyakoriság	Százalék
szakmunkás	1	1,7
Érettségi	18	30,5
szakképesítés	5	8,5

Befejezetlen főiskola	12	20,3
befejezett főiskola	23	39
Összesen	59	100

Az 1. táblázat mutatja az iskolázottság megoszlását: a vizsgálati személyek többsége befejezett főiskolai, illetve egyetemi végzettséggel rendelkezik és csak egy kitöltő rendelkezett csupán szakmunkás képesítéssel.

A vizsgálati személyek közül senki sem volt semmilyen jellegű pszichiátriai kezelésen, vagy pszichoterápiás foglalkozáson az életük során, de heten az 59-ből (11,9%) már elgondolkodott ilyen jellegű segítségkérésen.

A vizsgálati mintában megkülönböztettem csak fizikailag bántalmazottakat, csak érzelmileg bántalmazottakat, és vegyesen bántalmazottakat – azaz mind fizikai, mind érzelmi bántalmazásban részesültek, és olyanokat, akik saját bevallásuk szerint nem részesültek bántalmazásban. (2. táblázat).

2. táblázat a bántalmazás típusának a megoszlása

	Gyakoriság	Százalék
Fizikai bántalmazottak	5	8,5
Érzelmileg bántalmazottak	4	6,8
Vegyesen bántalmazottak	20	33,9
Nem bántalmazottak	30	50,8
Összesen	59	100

Jól látjuk, hogy a bántalmazottak csoportján belül, a vegyesen – azaz mind fizikailag, mind érzelmileg – bántalmazottak felülreprezentáltak, és legkevesebben azok voltak, akik csak érzelmi bántalmazásban részesültek, azaz a legtöbbször, ez a két bántalmazási típus együtt jár.

A bántalmazottak és a nem bántalmazottak eloszlását a következő táblázat mutatja (3. táblázat):

3. táblázat: A bántalmazottak és a kontroll csoport megoszlása

	Gyakoriság	Százalék
Bántalmazták	29	49,2
Nem bántalmazták	30	50,8
Összesen	59	100

A 3. táblázatból is kiderül, hogy a nem bántalmazott csoporton belül, egy vizsgálati személlyel több volt.

3.3.2. Vizsgálati körülmények

A vizsgálatomra történő jelentkezés elsősorban telefonon és személyes megkérdezés formájában történt.

A legtöbb vizsgálati személyt igyekeztem személyesen felkeresni, és ottlétem ideje alatt kitöltetni a teszteket az esetlegesen felmerülő kérdések miatt.

Vizsgálati személyeim minden esetben önállóan töltötték ki a teszteket és utólag került sor a problémás tételek megbeszélésére.

A tesztek kitöltése a vizsgált személyek lakásán, vagy munkahelyén történt.

A munkahelyi tesztelések során legtöbbször adott volt a lehetőség egy-egy üres iroda elfoglalására, a kérdőívek kitöltésének idejére, amely idő alatt az esetek 90 %-ában zavartalanul folytatható a vizsgálat. Természetesen bizonyos esetekben kikerülhetetlen zavaró tényezőkkel kellett számolnom, mint például a kitöltő mobil telefonjának csörgése, vagy benyitás a szobába. Azonban ezekben az esetekben is hamar visszaálltak a zavartalan körülmények, a vizsgálati alanyok figyelme nem látszott elterelődni, ezért úgy gondolom, nem volt hatással a válaszadásra.

Az otthon lebonyolított vizsgálatok is nyugodt körülmények között zajlottak.

3.4. Az eredmények bemutatása

1. hipotézis:

Úgy gondolom, hogy a gyermekkorukban abúzust elszenvedett felnőttek, és a gyermekkorukban nem bántalmazott felnőttek összehasonlításában találhatunk különbséget az érzelemszabályozás terén. Feltételezésem szerint a bántalmazottak érzelemszabályozási zavarokkal küzdenek a kontrollcsoporttal ellentétben, így magasabb összpontszámot érnek el a DERS-ben?

A mintát abból az okból bontottam szét csupán két csoportra (bántalmazottakra, és nem bántalmazottakra), mivel kizárólag fizikailag bántalmazottakból 5, illetve csak érzelmileg bántalmazottakból 4 alanyom van, a többi „vegyesen” bántalmazott. A csoportok kis elemszámától függetlenül lehetne futtatni egyszempontos varianciaanalízist, ahol pl. a Tukey Post Hoc teszt (páronkénti vizsgálatok) alkalmas lenne az esetleges eltérések közötti különbség vizsgálatára, viszont ilyen alacsony elemszám nem mondható reprezentatívnak.

Úgy vélem 4 ember adatából következtetéseket levonni a csupán érzelmileg bántalmazottakra, vagy 5 ember értékeiből a pusztán fizikailag bántalmazottakra tudományosan kifogásolható.

A hipotézisemet így független mintás t-próbával teszteltük, ahol a két csoportból álló független változó a bántalmazás megléte/hiánya volt. A bántalmazottak DERS átlagértéke 112,44 (SD=20,99), a nem bántalmazottak átlagértéke 64,23 (SD=12,38).

Tehát kijelenthetjük, hogy szignifikáns különbség tapasztalható a két csoport DERS átlagértékei között. Vagyis a kora gyermekkorban bántalmazást elszenvedett egyének szignifikánsan magasabb DERS átlagértéket produkálnak, mint azok, akik nem szenvedtek el abúzust gyermekkorukban (5. sz. melléklet).

2. hipotézis:

Úgy vélem, hogy a gyermekkorukban bántalmazottak, és a gyermekkorukban nem bántalmazottak között különbség lesz a szomatizáció mértékében, mégpedig oly módon, hogy a bántalmazott csoport magasabb pontszámot ér el a PILL-ben, mint a kontroll csoport?

Független mintás t-próba segítségével igazoltuk, hogy a gyermekkorukban bántalmazottak szignifikánsan nagyobb pontszámot értek el a Pennebaker-féle testi tünetlistában, mint a nem bántalmazottak (bántalmazottak $M=22,31$ $SD=7,18$; kontroll csoport $M=9,26$ $SD=5,99$).

Azaz a bántalmazottak a tünetlistán átlagosan 22-23 állítás esetében írtak C, D vagy E választ, míg a bántalmazástól megkíméltek átlagosan csak 9-10 tünetnél jelölték ugyanezeket a kategóriákat.

Összességében tehát elmondható, hogy a gyermekként bántalmazottak, hajlamosabbak a szomatizációra, sokkal több testi panaszról számolnak be, mint a gyermekkorukban nem bántalmazottak. (6. sz. melléklet).

3.5. Az eredmények értelmezése

1. hipotézis:

Úgy gondolom, hogy a gyermekkorukban abúzust elszenvedett felnőttek, és a gyermekkorukban nem bántalmazott felnőttek összehasonlításában találhatunk különbséget az érzelemszabályozás terén. Feltételezésem szerint a bántalmazottak érzelemszabályozási

zavarokkal küzdenek a kontrollcsoporttal ellentétben, így magasabb összpontszámot érnek el a DERS-ben?

A mintát abból az okból bontottam szét csupán két csoportra (bántalmazottakra, és nem bántalmazottak), mivel kizárólag fizikailag bántalmazottakból 5, illetve csak érzelmileg bántalmazottakból 4 alanyom van, a többi „vegyesen” bántalmazott. A csoportok kis elemszámától függetlenül lehetne futtatni egyszempontos varianciaanalízist, ahol pl. a Tukey Post Hoc teszt (páronkénti vizsgálatok) alkalmas lenne az esetleges eltérések közötti különbségvizsgálatára, viszont ilyen alacsony elemszám nem igazán mondható reprezentatívnak. Úgy vélem 4 ember adatából következtetéseket levonni a csupán érzelmileg bántalmazottakra, vagy 5 ember értékeiből a pusztán fizikailag bántalmazottakra tudományosan kifogásolható.

A hipotézisemet így független mintás t-próbával teszteltem, ahol a két csoportból álló független változó a bántalmazás megléte/hiánya volt.

A Levene teszt szignifikáns (szig=0,003), tehát nem azonosak a populáció szórások, de ettől függetlenül a független mintás t-próba szignifikánsnak tekinthető (szig.=0.000). A bántalmazottak DERS átlagértéke 112,44 (SD=20,99), a nem bántalmazottak átlagértéke 64,23 (SD=12,38).

Összességében elmondhatjuk, hogy a gyermekkorban megélt bántalmazás kihatással van az érzelemszabályozásra. Azaz azok, akik fizikai, érzelmi, vagy fizikai és érzelmi abúzust is elszenvedtek gyermekkoruk során azoknak felnőttként nehézségei adódnak az érzelemszabályozás terén, ezáltal nehezebben kontrollálják impulzusaikat, könnyebben elterelődik figyelmük az éppen végzett feladatokról, (nehezebben tudnak azokra koncentrálni) nehezebben tudnak változtatni érzelmeiken, uralni azokat, ezért gyakran sokáig tart, amíg kilábalnak negatív érzéseikből – melyek ráadásul további irányíthatatlan negatív érzéseket hoznak magukkal. (5. sz. melléklet)

2. hipotézis:

Úgy vélem, hogy a gyermekkorukban bántalmazottak, és a gyermekkorukban nem bántalmazottak között különbség lesz a szomatizáció mértékében, mégpedig oly módon, hogy a bántalmazott csoport magasabb pontszámot ér el a PILL-ben, mint a kontroll csoport?

Független mintás t-próba segítségével igazoltuk, hogy a gyermekkorukban bántalmazottak szignifikánsan nagyobb pontszámot értek el a Pennebaker-féle testi tünetlistában, mint a nem bántalmazottak (Bántalmazottak $M=22,31$ $SD=7,18$; Kontroll csoport $M=9,26$ $SD=5,99$).

A bántalmazottak a tünetlistán átlagosan 22-23 állítás esetében írtak C, D vagy E választ, míg a bántalmazástól megkíméltek átlagosan csak 9-10 tünetnél jelölték ugyanezeket a kategóriákat. (6. sz. melléklet)

A gyermekkori abúzus fizikai, érzelmi vagy fizikai és érzelmi formájának elszenvedése több testi tünetet, azaz nagyobb mértékű szomatizációs hajlamot indukál. Mivel az abuzált gyermekek eleve hajlamosak a testi tünetek felerősítésére, ezért valószínűnek tartom, hogy ezt a nagymértékű odafigyelést felnőttkorban is produkálni fogják, így amikor már eleve ténylegesen több panasz jelentkezik a kor előrehaladtával, és a kezeletlen gyermekkori bántalmazásból fakadóan is több tünet jelentkezik, nem csoda, ha igen nagymértékű szomatizációt tapasztalhatunk ezeknél az egyéneknél.

4. ÖSSZEFOGLALÁS

Vizsgálatomban arra kerestem a választ, hogy a súlyos és krónikus intrafamiliaris bántalmazást átélt egyének súlyosabb testi tünetekről, illetve hiányosabb affektusszabályozó készségekről számolnak-e be, a nem bántalmazott egyénekhez képest. Judith Herman munkásságára alapozva választottam ki két, a traumával összefüggésbe hozható kóros lelki mechanizmust: a szomatizációt és az érzelemszabályozási zavart.

A kapott eredmények megerősítették, hogy a bántalmazásnak átfogó káros hatása van, az abúzus valóban súlyos felnőttkori következményeket eredményezhet számos területen – többek között az érzelemszabályozásban és a testi tünetképzésben.

A legfontosabbnak azt tartom, hogy a gyermekkori intrafamiliaris abúzust megelőzzük például a leendő szülők pszichológiai és pedagógiai tudásának fejlesztésével, hogy megszűnjön a bántalmazás ördögi köre. Ehhez azonban több kutatásra, prevenciós munkára és odafigyelésre lenne szükség.

Az első megoldandó feladat az lenne, hogy felderítsék azokat a gyermekeket, akik bántalmazó családban nőnek fel. A legnehezebb természetesen a „normalitás” látszatát nyújtó bántalmazó családok felismerése lenne, amely családok felismerésére sokkal nagyobb hangsúlyt kellene fektetni.

A második megoldandó feladat, hogy az abúzált gyermekek kapjanak segítséget. A probléma abból fakad, hogy gyermekek pszichológushoz kerülésének valószínűsége egyébként is alacsony, de amint visszakerül a bántalmazó környezetbe, további pszichés támogatása nélkül elvész az addig kapott kezelésből fakadó pozitív hatás. (Az egész család kezelésére pedig csekély esély van, ezért inkább kiemelik a gyermeket a családi környezetből és talán egy szintén bántalmazó nevelői vagy intézeti környezetben helyezik el, ezzel újabb traumát okozva.)

A harmadik feladat a versenyfutás az idővel, ugyanis a pszichológushoz/pszichiáterhez kerülő felnőtt előtt hosszú évek kemény küzdelme áll, hogy megváltoztassa mindazt, amit szintén hosszú évek borzalmas tapasztalatai alakították ki, mert minél később jut megfelelő ellátáshoz a bántalmazást túlélő, a gyógyulás esélye annál kisebb.

„A trauma hatásainak leküzdéséért folytatott küzdelem az emberi történelem legnemesebb erőfeszítései közé tartozik” (McFarlane, van Der Kolk, 1996, id. KULCSÁR, 2005, 308.o.).

Irodalomjegyzék

- 1.) BABITY M. (2005 a): A gyermekbántalmazás felismerése, Megelőzése, Kezelése. Eötvös József Főiskola, Baja
- 2.) BAGDY E. (2002): Családi szocializáció és személyiségzavarok. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- 3.) CIBA Foundation (2006): Szexuális gyermekbántalmazás a családban. Animula Kiadó, Budapest.
- 4.) EVANS P. (2004): Szavakkal Verve... Háttér Kiadó – NANE Egyesület, Budapest.
- 5.) FREUER M. (2008): A családsegítés elmélete és gyakorlata. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- 6.) HERCZOG M. (2005.): Gyermekbántalmazás a családban. In: Családi iszonyok. A családi erőszak kriminológiai vizsgálata. KJK, Budapest,
- 7.) HERCZOG M. (2007): Gyermekbántalmazás. Complex Kiadó, Budapest.
- 8.) HERCZOG M., KOVÁCS ZS. (2003): A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése, felismerése és kezelése. 1. sz. Módszertani levél OGYEI
- 9.) HERMAN J. (2003): Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó, Budapest.
- 10.) KEREZSI K. (1995): A védtelen Gyermek. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest.
- 11.) KULCSÁR ZS. (2002): Egészségpszichológia. Eötvös Kiadó, Budapest.
- 12.) KULCSÁR ZS. (2005): Teher alatt.....Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés. Trefort Kiadó, Budapest.
- 13.) KULCSÁR – RÓZSA – KÖKÖNYEI (2004): Megmagyarázhatatlan testi tünetek I-II. Eötvös Kiadó, Budapest.
- 14.) KURITÁRNÉ SZ. I. (2008): Borderline személyiségzavar. Medicina Kiadó, Budapest.
- 15.) OATLEY-JANKINS (2001): Érzelmek. Osiris Kiadó, Budapest.
- 16.) RÉVÉSZ GY. (1999): A felnőtt világ gyermekekkel kapcsolatos elvárásai és a gyermekbántalmazás. Magyar Pszichológiai Szemle, LIV. 3. szám (85-103 old.)
- 17.) RÉVÉSZ GY. (2004): Szülői bánásmód – Gyermekbántalmazás. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.

- 18.) VAN DER KOLK, B.A., PERCOVITC, D., ROTH, S., MANDEL, F., MCFARLANE, A., HERMAN, J. (1996): Disszociáció, szomatizáció és az érzelem szabályozás zavarai. A traumához való adaptálódás komplex folyamata In: Kulesár Zs., Rózsa S., Kökönyei Gy. (szerk.): Megmagyarázhatatlan testi tünetek. (2004): ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- 19.) VETRÓ Á. (2008): Gyermek és Ifjúságpszichiátria. Medicina Kiadó, Budapest.
- 20.) VIKÁR A., VIKÁR GY., SZÉKÁCS E. (2007): Dinamikus Gyermekpszichiátria. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest.

Internetes források:

- 2.) SZABÓ M. (2007.): Családon belüli erőszak, gyermek- és partnerbántalmazás
[http://www.fejerkozig.helyinfo.hu/domain34/files/modules/module15/24689DA8A65D2DDD
D.pdf](http://www.fejerkozig.helyinfo.hu/domain34/files/modules/module15/24689DA8A65D2DDD
D.pdf)

Letöltés ideje: 2011. november

Mellékletek

1. sz. melléklet

Érzelmi bántalmazás:

Az érzelmi abúzus a gyerek folyamatos, érzelmi bántalmazása, amely tartós hatást gyakorol a gyerek fejlődésére. Ide tartozik az, amikor a gyerek szerethetetlennek, értéktelennek érzi magát, vagy csak akkor értékelt, ha mások szükségleteit elégíti ki. Ide tartozik az életkor vagy a fejlettségnek nem megfelelő bánásmód, elvárás illetve a gyerek megfélemlítése, fenyegetése, kizsákmányolása és korrumpálása.

A teljesség hiányával az alábbi szülői, gondozói, nevelői magatartásokat tekinthetjük érzelmileg bántalmazónak:

- a gyerek érzelmi elutasítása, undorodás testi érintkezéstől (simogatás, puszsi), szóban vagy testbeszéddel,
- következetlen, kiszámíthatatlan viselkedés,
- a gyerek gyakori és szándékos megalázása,
- büntudat vagy szégyenérzet keltése a gyerekben, ha nem tud valamit megcsinálni, vagy nem érti a feladatot (ami egyébként fejlődési szintjét tekintve nem is lehetne elvárható),
- a gyerektől elvárni, hogy a felnőtt vagy más személy szükségleteit a sajátja elé helyezze, vagy megakadályozni, elítélni azért, mert kifejezi a sajátját,
- a gyerek beszorítása, bezárása, egy kicsi vagy sötét helyre, vagy egyedül hagyása hosszabb időre,
- folytonos szóbeli bántalmazás, szidalmazás, a gyerek lekicsinylése,
- a gyerek elhagyással, otthaggyással, vagy éppen – intézetbe, rokonokhoz való – eltávolítással fenyegetése (elég a fenyegetés nem kell ténylegesen megtörténnie),
- azt mondani a gyereknek, hogy kár, hogy megszületett, inkább ne ő lett volna, baj, hogy fiú/lány lett,
- a gyereke szeretett tárgyait, állatát elpusztítással, elajándékozással, eladással fenyegetni (ha a gyerek szeme láttára tör-zúz valaki és egyben jelzi, ugyanez megtörténhet a gyerekkel is),

- a gyerekeknek ijesztő, traumatizáló eseményeket, dolgokat mutatni, súlyos balesethez odavinni, horrorfilmet vetíteni a jelenlétében, haldokló vagy halott családtaghoz akarata ellenére odavinni,
- megakadályozni, hogy kapcsolatot tartson más rokonokkal – különösen elvált szülővel, testvérekkel, nagyszülővel – vagy kortársakkal, barátokkal,
- érzelmileg zsarolni („azt hittem, hogy gyerek vagy és nem csinálsz ilyet, anya szívrohamot kap és meghal, ha így viselkedsz, nem teheted ezt meg a nevelőapáddal, aki kimentett az intézetből” stb.)
- büntetni olyan cselekedetekért, amelyek egészséges fejlődéséből következnek, ösztönösek, így például a sírás, harag, mozgékonyság, tárgyak elvétele, saját testével való játék.

Fizikai bántalmazás:

Az a szándékos cselekedet vagy gondatlanság (így különösen ütés, rázás, mérgezés, égés, fulladás, közlekedési baleset stb.), amely a gyerek fizikai sérüléséhez, halálához vezet, vagy vezethet, és amely a szülő vagy más olyan, gondozási-nevelési feladatot gyakorló személy felelősségi körébe tartozik, akiben a gyerek bíz, illetve, akivel alá-fölérendeltségi viszonyban van. A fizikai bántalmazás lehet egyszeri és lehet ismételt esemény.

Szexuális bántalmazás:

A szexuális bántalmazás körébe tartozik minden olyan cselekmény, melynek során valamely szexuális aktivitásba bevonnak egy gyereket, ha a gyerek életkoránál, fejlettségénél fogva nem tekinthető felkészültnek, érettnak erre, illetve ha ez a magatartás ellenkezik az adott ország törvényeivel, az elfogadott társadalmi normákkal.

Kicsit bővebben:

A 0-18 év közötti gyermek vagy fiatal szexuális tevékenységekre való kényszerítése vagy csábítása, függetlenül attól, hogy az áldozat tisztában van-e azzal, hogy mi történik vele. E körbe tartozik a fizikai kapcsolat (a hüvelyi vagy anális behatolás, megerőszakolás), és a be nem hatoló, de molesztáló, simogató, csábító tevékenység, a felláció, a maszturbálásra kényszerítés, vagy a kézzel történő ingerlés kikényszerítése is. Ez lehet testi kapcsolaton kívüli tevékenység is pl. a gyermek bevonása pornográf anyagok megtekintésébe vagy

készítésébe, valamint a szülő vagy a gondozó szexuális tevékenységének figyelésébe, továbbá a gyermek ösztönzése helyteleníthető szexuális viselkedési módokra.

Elhanyagolás:

Az elhanyagolás gyűjtőfogalmába tartoznak mindazok a többé-kevésbé tartós helyzetek, melyekben hiányzik a gyermek felé irányuló szeretet, elmarad a gondozás, táplálás vagy éppen a gyermek életéhez, fejlődéséhez alapvetően szükséges tárgyi feltételek hiányoznak. Az elhanyagolás körébe soroljuk még, ha a gyermeket bármely veszélyhelyzetnek gondatlanul kiteszik.

Az elhanyagolás különféle megjelenési formái:

1. Érzelmi elhanyagolás: a gyermek érzelmi és pszichológiai fejlődéséhez szükséges gondoskodás, érzelmi hozzájárulás elmulasztása. A gyerekekkel töltött idő rövidege, érzelmek kimutatásának elmulasztása, szeretetlenség.
2. Fizikai elhanyagolás: a gyermek életben maradásához, egészségéhez szükséges gondozás elmaradása.
3. Elégtelen felügyelet: a gyermek életkorának nem megfelelő veszélyeztető körülmények előállítása, fenntartása. A felügyelet elmulasztása, inadekvát formája.
4. Elhagyás, otthagadás: a gyermek elhagyása végleges kitévése, otthagadás megfelelő gondozás, elhelyezés biztosítása nélkül.
5. Egészségügyi-orvosi elhanyagolás: a megfelelő egészségügyi segítség igénybevételének, kérésének elmulasztása, visszautasítása. Orvosságok, gyógymódok alkalmazásának elmulasztása, előírások be nem tartása.
6. Oktatás elhanyagolása: az óvodába, iskolába járás, illetve a tanulás, készségfejlesztés akadályozása, ellenzése, vagy szorgalmazásának hiánya. Játékok, fejlesztést segítő aktivitások, beszélgetések, és ismeretátadás elmulasztása.

ADATLAP

Jelige/Azonosító:

Nem: férfi nő (a megfelelő bekarikázandó)

Életkor:

Iskolázottság (a megfelelő bekarikázandó):

1-általános iskola (8 osztály)

2-szaktanulmányképző / néhány szakközépiskolai vagy gimnáziumi osztály

3-érettségi

4-szakképesítés

5-befejezetlen főiskola / egyetem (egy vagy több félév)

6-befejezett főiskola / egyetem

Elvégzett osztályok száma:

Állt valaha pszichiátriai kezelés alatt (pszichiátriai osztályon, ideggondozóban, alkohol vagy kábítószer elvonón, pszichiátriai magánrendelésen)?

Igen Nem (a megfelelő bekarikázandó)

Érezte valaha azt, hogy szüksége lenne ilyen kezelésre?

Igen Nem (a megfelelő bekarikázandó)

Korai Trauma Kérdőív

Egyeseket gyakran fenekelnek el, büntetnek fizikailag vagy fegyelmeznek nagyon szigorúan a felnövekedésük során. 18 éves kora előtt, előfordult Önnel bármelyik is az alábbiak közül? Minden egyes eseménynél, amely 18 éves kora előtt előfordult Önnel karikázza be az IGEN-t és azt a számot, amelyik a leginkább tükrözi azt, ahány alkalommal élte át az adott eseményt (illetve azt, hogy ki követte el azt a leggyakrabban, s hogy hány éves volt az első alkalommal).

2.rész: Fizikai bántalmazás

1. Előfordult, hogy kézzel a fenekére vertek? IGEN NEM
(Amennyiben a válasz NEM, térjen rá a 2. kérdésre)

a., Hány éves volt, amikor ez először előfordult?

1	2	3
0-5 éves	6-11 éves	13-18 éves

b., Általában milyen gyakran fordult ez elő?

1	2	3	4	5	6
1x egy évben	1-11x/év	1-3x/hó	1-6x/hét	Naponta 1x	Évente több mint 1x

c., Ki volt az a személy, aki a leggyakrabban ezt tette Önnel?

0	1	2	3	4	5
Anya/ Női gondozó	Apa/ Férfi gondozó	Más felnőtt nő	Más felnőtt férfi	Fiútestvér	Lánytestvér
6	7				
Idegen férfi	Idegen nő				

d., Milyen hatást gyakorolt ez érzelmileg Önre akkor, amikor történt?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékeltén negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékeltén pozitív	Kifejezetten pozitív	

2. Előfordult, hogy felpofozták? IGEN NEM
(Amennyiben a válasz NEM, térjen rá a 3. kérdésre)

a., Hány éves volt, amikor ez először előfordult?

1	2	3
0-5 éves	6-11 éves	13-18 éves

b., Általában milyen gyakran fordult ez elő?

1	2	3	4	5	6
1x egy évben	1-11x/év	1-3x/hó	1-6x/hét	Naponta 1x	Évente több mint 1x

c., Ki volt az a személy, aki a leggyakrabban ezt tette Önnel?

0	1	2	3	4	5
Anya/ Női gondozó	Apa/ Férfi gondozó	Más felnőtt nő	Más felnőtt férfi	Fiútestvér	Lánytestvér
6	7				
Idegen férfi	Idegen nő				

d., Milyen hatást gyakorolt ez érzelmileg Önre akkor, amikor történt?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékeltlen negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékeltlen pozitív	Kifejezetten pozitív	

18 éves kora előtt.....

**3. Előfordult, hogy forró vízzel, cigarettával vagy bármi mással megégették?
IGEN NEM (Amennyiben a válasz NEM, térjen rá a 4. kérdésre)**

a., Hány éves volt, amikor először előfordult?

1	2	3
0-5 éves	6-11 éves	13-18 éves

b., Általában milyen gyakran fordult ez elő?

1	2	3	4	5	6
1x egy évben	1-11x/év	1-3x/hó	1-6x/hét	Naponta 1x	Évente több mint 1x

c., Ki volt az a személy, aki a leggyakrabban ezt tette Önnel?

0	1	2	3	4	5
Anya/ Női gondozó	Apa/ Férfi gondozó	Más felnőtt nő	Más felnőtt férfi	Fiútestvér	Lánytestvér
6	7				
Idegen férfi	Idegen nő				

d., Milyen hatást gyakorolt ez érzelmileg Önre akkor, amikor történt?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékeltlen negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékeltlen pozitív	Kifejezetten pozitív	

**4. Előfordult, hogy megrúgták, vagy ököllel megütötték?
(Amennyiben a válasz NEM, térjen rá az 5. kérdésre) IGEN NEM**

a., Hány éves volt, amikor először előfordult?

1	2	3
0-5 éves	6-11 éves	13-18 éves

b., Általában milyen gyakran fordult ez elő?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1x egy évben 1-11x/év 1-3x/hó 1-6x/hét Naponta 1x Évente több mint 1x

c., Ki volt az a személy, aki a leggyakrabban ezt tette Önnel?

0	1	2	3	4	5
Anya/	Apa/	Más felnőtt nő	Más felnőtt férfi	Fiútestvér	Lánytestvér
Női gondozó	Férfi gondozó				
6	7				
Idegen férfi	Idegen nő				

d., Milyen hatást gyakorolt ez érzelmileg Önre akkor, amikor történt?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékelten negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékelten pozitív	Kifejezetten pozitív	

5. Előfordult, hogy valamilyen tárggyal, például övvel, légyecsapóval vagy vonalzóval ütötték meg vagy ezzel vetek a fenekére? IGEN NEM

(Amennyiben a válasz NEM, térjen rá a 6. kérdésre)

a., Hány éves volt, amikor először előfordult?

1	2	3
0-5 éves	6-11 éves	13-18 éves

b., Általában milyen gyakran fordult ez elő?

1	2	3	4	5	6
1x egy évben	1-11x/év	1-3x/hó	1-6x/hét	Naponta 1x	Évente több mint 1x

c., Ki volt az a személy, aki a leggyakrabban ezt tette Önnel?

0	1	2	3	4	5
Anya/	Apa/	Más felnőtt nő	Más felnőtt férfi	Fiútestvér	Lánytestvér
Női gondozó	Férfi gondozó				
6	7				
Idegen férfi	Idegen nő				

d., Milyen hatást gyakorolt ez érzelmileg Önre akkor, amikor történt?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékelten negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékelten pozitív	Kifejezetten pozitív	

6. Előfordult, hogy Önhöz vágtak valamilyen tárgyat? IGEN NEM

(Amennyiben a válasz NEM, térjen rá a 7. kérdésre)

a., Hány éves volt, amikor először előfordult?

1	2	3
0-5 éves	6-11 éves	13-18 éves

b., Általában milyen gyakran fordult ez elő?

1	2	3	4	5	6
1x egy évben	1-11x/év	1-3x/hó	1-6x/hét	Naponta 1x	Évente több mint 1x

c., Ki volt az a személy, aki a leggyakrabban ezt tette Önnel?

0	1	2	3	4	5
Anya/ Női gondozó	Apa/ Férfi gondozó	Más felnőtt nő	Más felnőtt férfi	Fiútestvér	Lánytestvér
6	7				
Idegen férfi	Idegen nő				

d., Milyen hatást gyakorolt ez érzelmileg Önre akkor, amikor történt?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékeltlen negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékeltlen pozitív	Kifejezetten pozitív	

7. Előfordult, hogy fojtogatták? IGEN NEM
(Amennyiben a válasz NEM, térjen rá a 8. kérdésre)

a., Hány éves volt, amikor először előfordult?

1	2	3
0-5 éves	6-11 éves	13-18 éves

b., Általában milyen gyakran fordult ez elő?

1	2	3	4	5	6
1x egy évben	1-11x/év	1-3x/hó	1-6x/hét	Naponta 1x	Évente több mint 1x

c., Ki volt az a személy, aki a leggyakrabban ezt tette Önnel?

0	1	2	3	4	5
Anya/ Női gondozó	Apa/ Férfi gondozó	Más felnőtt nő	Más felnőtt férfi	Fiútestvér	Lánytestvér
6	7				
Idegen férfi	Idegen nő				

d., Milyen hatást gyakorolt ez érzelmileg Önre akkor, amikor történt?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékeltlen negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékeltlen pozitív	Kifejezetten pozitív	

8. Előfordult, hogy lökdösték vagy taszigáltak? IGEN NEM
(Amennyiben a válasz NEM, térjen rá a 9. kérdésre)

a., Hány éves volt, amikor először előfordult?

1	2	3
---	---	---

0-5 éves	6-11 éves	13-18 éves
----------	-----------	------------

b., Általában milyen gyakran fordult ez elő?

1	2	3	4	5	6
1x egy évben	1-11x/év	1-3x/hó	1-6x/hét	Naponta 1x	Évente több mint 1x

c., Ki volt az a személy, aki a leggyakrabban ezt tette Önnel?

0	1	2	3	4	5
Anya/ Női gondozó	Apa/ Férfi gondozó	Más felnőtt nő	Más felnőtt férfi	Fiútestvér	Lánytestvér
6	7				
Idegen férfi	Idegen nő				

d., Milyen hatást gyakorolt ez érzelmileg Önre akkor, amikor történt?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékelten negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékelten pozitív	Kifejezetten pozitív	

9. Előfordult, hogy megkötözték vagy bezárták a szekrénybe vagy valamilyen apró helyiségébe? IGEN NEM
(Amennyiben a válasz NEM, térjen rá a következő részre)

a., Hány éves volt, amikor először előfordult?

1	2	3
0-5 éves	6-11 éves	13-18 éves

b., Általában milyen gyakran fordult ez elő?

1	2	3	4	5	6
1x egy évben	1-11x/év	1-3x/hó	1-6x/hét	Naponta 1x	Évente több mint 1x

c., Ki volt az a személy, aki a leggyakrabban ezt tette Önnel?

0	1	2	3	4	5
Anya/ Női gondozó	Apa/ Férfi gondozó	Más felnőtt nő	Más felnőtt férfi	Fiútestvér	Lánytestvér
6	7				
Idegen férfi	Idegen nő				

d., Milyen hatást gyakorolt ez érzelmileg Önre akkor, amikor történt?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékelten negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékelten pozitív	Kifejezetten pozitív	

Amennyiben ezen, elfenekélést, szigorú fegyelmezést vagy fizikai bántalmazást magában foglaló események bármelyikére is IGEN-nel válaszolt, gondolja végig, milyen hatással lehetnek ezek ma Önre.

1. Mit gondol, ma is befolyásolják ezek az események érzelmileg? IGEN NEM
(Amennyiben igen, milyen hatást gyakorolnak?)

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékeltlen negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékeltlen pozitív	Kifejezetten pozitív	

2. Mit gondol, kihatással vannak ezek az események a jelenlegi munkahelyi vagy iskolai teljesítményére? IGEN NEM
(Amennyiben igen, milyen hatást gyakorolnak?)

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékeltlen negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékeltlen pozitív	Kifejezetten pozitív	

3. Mit gondol, befolyásolják ezek az események a jelenlegi társas vagy családi kapcsolatait? IGEN NEM
(Amennyiben igen, milyen hatást gyakorolnak?)

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékeltlen negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékeltlen pozitív	Kifejezetten pozitív	

Felnövekedésük során egyes emberek, úgy érzik, hogy a szüleik szemében semmi se jó, amit tesznek. Gyermekkorukban szüleik állandóan letorkolták őket; rájuk üvöltöttek vagy állandóan azt mondták nekik, hogy semmit se érnek. Emlékei szerint, történt bármi ehhez hasonló Önnel 18 éves kora előtt; átélte bármelyiket is az alábbiak közül?

Minden egyes eseménynél, amely 18 éves kora előtt előfordult Önnel, karikázza be az IGEN-t és azt a számot, amelyik a leginkább tükrözi azt, ahány alkalommal élte át az adott eseményt (illetve azt, hogy ki követte el azt a leggyakrabban s hogy hány éves volt az első alkalommal).

3. rész Érzelmi bántalmazás

1. Gyakran letorkollták vagy kigúnyolták? IGEN NEM
(Amennyiben a válasz NEM, térjen rá a 2. kérdésre)

a., Hány éves volt, amikor először előfordult?

1	2	3
0-5 éves	6-11 éves	13-18 éves

b., Általában milyen gyakran fordult ez elő?

1	2	3	4	5	6
1x egy évben	1-11x/év	1-3x/hó	1-6x/hét	Naponta 1x	Évente több mint 1x

c., Ki volt az a személy, aki a leggyakrabban ezt tette Önnel?

0	1	2	3	4	5
Anya/ Női gondozó	Apa/ Férfi gondozó	Más felnőtt nő	Más felnőtt férfi	Fiútestvér	Lánytestvér
6	7				
Idegen férfi	Idegen nő				

d., Milyen hatást gyakorolt ez érzelmileg Önre akkor, amikor történt?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékeltlen negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékeltlen pozitív	Kifejezetten pozitív	

2. Gyakran mellőzték Önt vagy éreztették Önnel, hogy nem számít? IGEN NEM
(Amennyiben a válasz NEM, térjen rá a 3. kérdésre)

a., Hány éves volt, amikor először előfordult?

1	2	3
0-5 éves	6-11 éves	13-18 éves

b., Általában milyen gyakran fordult ez elő?

1	2	3	4	5	6
1x egy évben	1-11x/év	1-3x/hó	1-6x/hét	Naponta 1x	Évente több mint 1x

c., Ki volt az a személy, aki a leggyakrabban ezt tette Önnel?

0	1	2	3	4	5
Anya/ Női gondozó	Apa/ Férfi gondozó	Más felnőtt nő	Más felnőtt férfi	Fiútestvér	Lánytestvér
6	7				
Idegen férfi	Idegen nő				

d., Milyen hatást gyakorolt ez érzelmileg Önre akkor, amikor történt?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékeltlen negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékeltlen pozitív	Kifejezetten pozitív	

3. Gyakran mondták Önnek, hogy semmit se ér? IGEN NEM
(Amennyiben a válasz NEM, térjen rá a 4. kérdésre)

a., Hány éves volt, amikor először előfordult?

1	2	3
0-5 éves	6-11 éves	13-18 éves

b., Általában milyen gyakran fordult ez elő?

1	2	3	4	5	6
1x egy évben	1-11x/év	1-3x/hó	1-6x/hét	Naponta 1x	Évente több mint 1x

c., Ki volt az a személy, aki a leggyakrabban ezt tette Önnel?

0	1	2	3	4	5
Anyá/ Női gondozó	Apá/ Férfi gondozó	Más felnőtt nő	Más felnőtt férfi	Fiútestvér	Lánytestvér
6	7				
Idegen férfi	Idegen nő				

d., Milyen hatást gyakorolt ez érzelmileg Önre akkor, amikor történt?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékelten negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékelten pozitív	Kifejezetten pozitív	

4. Gyakran előfordult, hogy kiabáltak Önnel vagy Önre üvöltöttek? IGEN NEM
(Amennyiben a válasz NEM, térjen rá a 5. kérdésre)

a., Hány éves volt, amikor először előfordult?

1	2	3
0-5 éves	6-11 éves	13-18 éves

b., Általában milyen gyakran fordult ez elő?

1	2	3	4	5	6
1x egy évben	1-11x/év	1-3x/hó	1-6x/hét	Naponta 1x	Évente több mint 1x

c., Ki volt az a személy, aki a leggyakrabban ezt tette Önnel?

0	1	2	3	4	5
Anyá/ Női gondozó	Apá/ Férfi gondozó	Más felnőtt nő	Más felnőtt férfi	Fiútestvér	Lánytestvér
6	7				
Idegen férfi	Idegen nő				

d., Milyen hatást gyakorolt ez érzelmileg Önre akkor, amikor történt?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékelten negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékelten pozitív	Kifejezetten pozitív	

5. Többnyire hidegen bántak Önnel, elhanyagolták vagy éreztették Önnel, hogy nem szeretik? IGEN NEM
(Amennyiben a válasz NEM, térjen rá a 6. kérdésre)

a., Hány éves volt, amikor először előfordult?

1	2	3
0-5 éves	6-11 éves	13-18 éves

b., Általában milyen gyakran fordult ez elő?

1	2	3	4	5	6
1x egy évben	1-11x/év	1-3x/hó	1-6x/hét	Naponta 1x	Évente több mint 1x

c., Ki volt az a személy, aki a leggyakrabban ezt tette Önnel?

0	1	2	3	4	5
Anya/	Apa/	Más felnőtt nő	Más felnőtt férfi	Fiútestvér	Lánytestvér
Női gondozó	Férfi gondozó				
6	7				
Idegen férfi	Idegen nő				

d., Milyen hatást gyakorolt ez érzelmileg Önre akkor, amikor történt?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékelten negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékelten pozitív	Kifejezetten pozitív	

6. A szülei vagy gondozói általában kontrollálták az élete olyan területeit, amelyről más gyerekek maguk dönthettek (pl. ruházkodás, tevékenységek)? IGEN NEM
(Amennyiben a válasz NEM, térjen rá a 7. kérdésre)

a., Hány éves volt, amikor először előfordult?

1	2	3
0-5 éves	6-11 éves	13-18 éves

b., Általában milyen gyakran fordult ez elő?

1	2	3	4	5	6
1x egy évben	1-11x/év	1-3x/hó	1-6x/hét	Naponta 1x	Évente több mint 1x

c., Ki volt az a személy, aki a leggyakrabban ezt tette Önnel?

0	1	2	3	4	5
Anya/	Apa/	Más felnőtt nő	Más felnőtt férfi	Fiútestvér	Lánytestvér
Női gondozó	Férfi gondozó				
6	7				
Idegen férfi	Idegen nő				

d., Milyen hatást gyakorolt ez érzelmileg Önre akkor, amikor történt?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékelten negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékelten pozitív	Kifejezetten pozitív	

7. Gyakran előfordult, hogy a szülei vagy gondozói nem értették meg Önt vagy az Ön szükségleteit? IGEN NEM
(Amennyiben a válasz NEM, térjen rá a következő részre)

a., Hány éves volt, amikor először előfordult?

1	2	3
0-5 éves	6-11 éves	13-18 éves

b., Általában milyen gyakran fordult ez elő?

1	2	3	4	5	6
1x egy évben	1-11x/év	1-3x/hó	1-6x/hét	Naponta 1x	Évente több mint 1x

c., Ki volt az a személy, aki a leggyakrabban ezt tette Önnel?

0	1	2	3	4	5
Anyja/ Női gondozó	Apa/ Férfi gondozó	Más felnőtt nő	Más felnőtt férfi	Fiútestvér	Lánytestvér
6	7				
Idegen férfi	Idegen nő				

d., Milyen hatást gyakorolt ez érzelmileg Önre akkor, amikor történt?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékeltén negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékeltén pozitív	Kifejezetten pozitív	

Amennyiben ezen események bármelyikére is IGEN-el válaszolt, mint amilyen például a letorkolás, rossz bánásmód, vagy az érzelmi bántalmazás más formái, gondolja végig, milyen hatással lehetnek ezek ma önre.

1. Mit gondol, ma is befolyásolják ezek az események érzelmileg? IGEN NEM
Amennyiben igen, milyen hatást gyakorolnak?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékeltén negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékeltén pozitív	Kifejezetten pozitív	

2. Mit gondol, kihatással vannak ezek az események a jelenlegi munkahelyi vagy iskolai teljesítményére? IGEN NEM

Amennyiben igen, milyen hatást gyakorolnak?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékeltén negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékeltén pozitív	Kifejezetten pozitív	

3. Mit gondol, befolyásolják ezek az események a jelenlegi társas vagy családi kapcsolatait? IGEN NEM

Amennyiben igen, milyen hatást gyakorolnak?

0	1	2	3
Kifejezetten negatív	Mérsékeltén negatív	Enyhén negatív	Nincs hatás
4	5	6	
Enyhén pozitív	Mérsékeltén pozitív	Kifejezetten pozitív	

Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív

Kérjük, jelölje be, hogy az alábbi állítások milyen gyakran igazak Önre!

1. Szinte soha (az esetek 0-10%-ában)
2. néha (az esetek 11-35%-ában)
3. kb. az esetek felében (az esetek 36-65%-ában)
4. legtöbbször (az esetek 66-90%-ában)
5. szinte mindig (az esetek 91-100%-ában)

	DERS	1	2	3	4	5
1	Tisztában vagyok az érzéseimmel					
2	Odafigyelek arra, amit érzek					
3	Az érzelmeimet nyomasztónak és irányíthatatlannak élem meg					
4	Fogalmam sincs arról hogyan érzek					
5	Nehezen tudok érzelmet tulajdonítani az érzéseimnek					
6	Figyelemmel vagyok az érzéseimre					
7	Pontosan tudom, hogy mit érzek					
8	Törődöm azzal, hogy mit érzek					
9	Össze vagyok zavarodva az érzéseimmel kapcsolatban					
10	Amikor zaklatott vagyok, tudomásul veszem az érzéseimet					
11	Amikor valami felzaklat, mérges leszek magamra, hogy így érzek					
12	Amikor zaklatott vagyok akkor kínosan érzem magam emiatt					
13	Amikor zaklatott vagyok, nem tudom végezni a munkám					
14	Amikor zaklatott vagyok, elveszítem az önuralmam					
15	Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy sokáig fog tartani ez az állapot					
16	Amikor valami felzaklat, azt gondolom, hogy a végén nagyon lehangolt leszek					
17	Amikor valami felzaklat, azt gondolom, hogy az érzelmeim megalapozottak és fontosak					
18	Amikor valami felzaklat, nehezen tudok másra összpontosítani					
19	Amikor felzaklat valami, úgy érzem, elveszítem a kontrollt					
20	Attól, hogy zaklatott vagyok, még el tudom látni a feladataimat					
21	Amikor zaklatott vagyok, szégyellem magam, hogy így érzek					
22	Amikor zaklatott vagyok, tudom, hogy meg fogom találni a módját, hogy végül jobban érezzem magam.					
23	Amikor valami felzaklat, úgy érzem, mintha gyenge lennék					
24	Amikor zaklatott vagyok, úgy érzem, hogy úrrá tudok lenni a viselkedésemem					
25	Amikor felzaklat valami, lelkiismeret furdalásom van emiatt					
26	Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok koncentrálni.					
27	Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok uralkodni magamon					
28	Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy semmit sem tehetek azért, hogy jobban érezzem magam					
29	Amikor zaklatott vagyok, bosszankodom, hogy így érzek					

30	Amikor zaklatott vagyok, akkor elkezdem nagyon rosszul érezni magam, amiatt, hogy így érzek					
31	Amikor zaklatott vagyok, úgy érzem, hogy csak annyit tudok tenni, hogy belesüppedek ebbe az állapotba.					
32	Amikor zaklatott vagyok, elveszítem az irányításomat a viselkedésem felett.					
33	Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok bármi másra gondolni.					
34	Ha felzaklat valami, időt szánok arra, hogy kitaláljam, hogyan is érzek valójában					
35	Ha felzaklat valami, hosszú ideig tart, míg újra jól érzem magam					
36	Amikor zaklatott vagyok, az érzelmeim nyomasztanak					

Pennebaker-féle Testi Tünetlista (PILL)

A következőkben számos testi érzetet és tünetet sorolunk fel. A legtöbb ember alkalomadtán szokott ilyen tüneteket érezni. Minket annak feltárása érdekel, hogy a különböző embereknél milyen gyakran fordulnak elő az alábbiakban látható jellemzők. Kérjük, hogy az alábbiakban található testi érzetek és tünetek előfordulásának gyakoriságát a következő módon értékelje:

A	B	C	D	E
Soha nem tapasztalta, vagy csak nagyon ritkán	Évi 3-4 alkalomnál kevesebbszer	Havonta	Hetente	Hetente többször

Ssz	Érzet	Jel	Ssz	Érzet	Jel
1	Könnyezés		28	Dagadt ízületek	
2	Szem vagy bőrvizsketés		29	Izommerevség vagy izomfájdalmak	
3	Fülsöngés		30	Hátfájdalmak	
4	Átmeneti hallászavar		31	Érzékeny bőr	
5	Gombóc a torokban		32	Arccpirulás	
6	Fulladásérzés		33	Mellkasi szorító érzés	
7	Tüsszentések sorozata		34	Bőrkiütések	
8	Orrfolyás		35	Pattanás az arcon	
9	Orrdugulás		36	Pattanás máshol	
10	Orrvérzés		37	Furunkulusok (szőrtüszőgyulladás)	
11	Asztma vagy zihálás		38	Izzadás még hidegben is	
12	Köhögés		39	Allergia rovarcsípésre	
13	Légszomj		40	Fejfájás	
14	Dagadt bokák		41	Nyomás a fejben	
15	Mellkasi fájdalmak		42	Hőhullámok	
16	Szapora szívverés		43	Megfázás	
17	Hideg kezek és lábak, még melegben is		44	Szédülés	
18	Lábgörcs		45	Ájulás	
19	Álmatlanság vagy rossz alvás		46	Zsibbadás vagy bizsergés a test bármely részén	
20	Fogfájás		47	Szemhéjrángás	
21	Gyomorrontás		48	Rángás máshol	
22	Emésztési zavar		49	Kézremegés vagy reszketés	
23	Gyomorégés vagy puffadás		50	Merev, nehezen hajló ízület	
24	Hasi fájdalom		51	Izomfájdalmak	
25	Hasmenés		52	Torokfájás	
26	Székrekedés		53	Leégés (a Nap hatására)	
27	Aranyér		54	Hányinger	

Mellékletek a hipotézisekhez**Hipotézis 1**

A bántalmazottak és a nem bántalmazottak közötti különbség a DERS összpontszámában

Leíró statisztika a csoportokról

	Csoport	N	Átlag	Szórás	Hibaszázalék
DERS	bántották	29	112,4483	20,99079	3,89789
	kontroll csop	30	64,2333	12,38933	2,26197

Független mintás t-próba

		Levene teszt eredménye		t-próba az átlagok közötti különbségre						
		F	Szig.	t	df	Szig.	Átlagok közötti különbség	Standard hiba különbség	95 %-os Konfidencia Intervallum végpontjai	
			.						Felső	Alsó
DERS	Egyenlő varianciával számolva	9,345	,003	10,788	57	,000	48,21494	4,46926	39,26541	57,16448
	Nem egyenlő varianciával számolva			10,699	45,096	,000	48,21494	4,50667	39,13858	57,29131

Hipotézis 2

A Pennebaker-féle testi tünetlista átlagértékei közötti különbség a bántalmazottak csoportján belül

Leíró statisztika a csoportokról

	Csoport	N	Átlag	Szórás	Hibaszázalék
PILL	bántották	29	22,3103	7,18184	1,33363
	kontroll csop	30	9,2667	5,99387	1,09433

Független mintás t-próba

		Levene teszt eredménye		t-próba az átlagok közötti különbségre						
		F	Szig.	t	df	Szig.	Átlagok közötti különbség	Standard hiba különbség	95 %-os Konfidencia Intervallum végpontjai	
									Felső	Alsó
PILL	Egyenlő varianciával számolva	,359	,552	7,584	57	,000	13,04368	1,71983	9,59977	16,48758
	Nem egyenlő varianciával számolva			7,561	54,530	,000	13,04368	1,72515	9,58574	16,50162