

Gyermekkori szexuális bántalmazást követő reviktimizáció és kockázatos szexuális viselkedés felnőttkorban: a szexuális asszertivitás közvetítő szerepe

Tudományos Diákköri Konferencia-Dolgozat

Buczó Dóra Kata

2023

1. Absztrakt

A gyermekkori szexuális abúzus számtalan pszichés vagy funkcionális következménnyel járhat együtt. Gyakori emellett a maladaptív szexuális sémák következtében megjelenő rizikós szexuális viselkedés, illetve reviktimizáció is. Az abúzust elszenvedett egyének továbbá gyakran számolnak be csökkent szexuális asszertivitásról. A jelen kutatás célja a gyermekkori szexuális abúzus, a felnőttkori reviktimizáció és rizikós szexuális viselkedések kapcsolatának vizsgálata, valamint a szexuális asszertivitás közvetítő szerepének feltárása. Az összefüggéseket strukturális egyenlet modellezés segítségével egy nagyobb, populációs magyar mintán ($N = 10\,937$; nők = 4 236; $M = 36,76$; $SD = 11,95$) vizsgáltuk. Résztvevőink a gyermekkori szexuális abúzus következtében alacsonyabb szexuális asszertivitásról számoltak be, mely asszertivitás ugyanakkor negatívan prediktálta a későbbi, felnőttkori abúzus átélését. Eredményeink tehát felhívják a figyelmet a szexuális asszertivitás meghatározó szerepére az előbbieken felvázolt kapcsolati összefüggésben, ezáltal implikálhatják bizonyos prevenciós vagy intervenciós programok szükségszerűségét, kifejezetten, –de nem kizárólagosan előzetesen abúzust elszenvedett egyének számára.

2. Bevezetés

2.1. Gyermekkori szexuális abúzus, definíció, prevalencia és következmények

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organisation) a gyermekkori szexuális abúzust (GSA) a következőképpen határozza meg: *"A gyermek olyan szexuális tevékenységben való részvétele, amelyet nem teljesen ért vagy nem képes tájékozott beleegyezését adni, amelyhez a gyermek nem járul hozzá, vagy a gyermek fejlődési szempontból nincs felkészülve, vagy amely sérti a törvényeket vagy a társadalmi tabukat. Bármilyen ilyen tevékenység a gyermek egészséghez és védelemhez való jogának súlyos megsértése."* (2004). 2016-os becslésük szerint a nők 20%-ra, míg a férfiak 5-10%-ra igaz, hogy gyermekkorukban szexuális abúzus áldozatai voltak (World Health Organisation, 2016), mely a kifejezetten súlyos esetektől a kevésbé súlyos esetekig terjedő eseményeket is magába foglalja, de leggyakrabban penetrációval járó aktust vagy érintést és simogatást (World Health Organisation, 2004). Magyarországon a bejelentett esetek száma 1990 környékén 15 ezer fő körül mozgott, amely feltehetően csak az egyharmada a tényleges bántalmazásoknak. 2015-ben a gyermekjóléti szolgálatok összesen 45 ezer esetet tartottak számon szülői elhanyagolás és 11 ezer esetet tényleges gyermekbántalmazás kapcsán, melynek közel 10%-a szexuális természetű (pl.:

szeméremsértés, szexuális erőszak, gyermekpornográfia, szexuális kényszerítés vagy visszaélés) (Pintér & Tóth, 2017).

Az elmúlt évtizedek kutatásai szerint a szexuális bántalmazás (vagy abúzus) jelentős pszichés következményekkel járhat. Rövid és hosszú távon okozhat szorongásos, depresszív illetve poszttraumás stressz tüneteket, következtében előállhat szuicid veszélyeztetettség, illetve hajlamosíthat a kábítószerrel való visszaélésre és kockázatos szexuális viselkedésekre (Briere, 1992; Neumann és mtsi., 1996; Luster & Small, 1997; Paloucci és mtsai., 2001; Lalor & McElvaney, 2010; Hillberg és mtsi., 2011). A GSA esetében további összefüggéseket fedeztek fel pszichózissal, borderline személyiségzavarral, skizofrénia-spektrum zavarokkal, szexuális reviktimizációval, szomatizációval és szexuális bűncselekmények elkövetésével (Hailes és mtsai., 2019). A GSA emellett gyakran társul maladaptív családi működéssel, ami a mentális zavarok egyik legnagyobb rizikófaktoraként van számontartva (Kessler és mtsai., 2010). A gyermekkori bántalmazás az érzelemszabályozás károsodásához és fokozott agresszióhoz vezethet (Paloucci és mtsai., 2001). Súlyos változásokat okozhat a vegetatív idegrendszerben, ami a stresszhatásokra való tompított szimpatikus aktivációt eredményezhet (Young-Southward és mtsai., 2020), ezáltal növelve a depressziós tünetek és az antiszociális viselkedés megjelenésének valószínűségét, különösen fiatal felnőtteknél (Shenk és mtsai., 2010). Ezek a válaszok hozzájárulhatnak a pszichopatológia kialakulásához az érzelmi és kognitív működés mechanizmusainak befolyásolásán keresztül (de Kloet és mtsai., 2005).

2.2. Szexuális reviktimizáció és rizikós szexuális viselkedések, mint a gyermekkori szexuális abúzus következményei

Számos kutatás beszámol arról az összefüggésről, miszerint azok az egyének, akik GSA áldozatai voltak, nagyobb valószínűséggel élnek át ismételten szexuálisan abuzív természetű élményeket életük során, azaz nagyobb valószínűséggel reviktimizálódnak (Das, 2009; Das & Otis, 2016; Black és mtsai., 2011; Breitenbecher, 2001; Classen és mtsai., 2005; Walker és mtsai., 2019). Az említett eredményeket döntő részben női mintán kapták, azonban bizonyos kutatásokban megfigyelték, hogy férfiaknál, illetve serdülőkorban bekövetkezett abúzus esetében nagyobb is lehet a reviktimizáció esélye (Desai és mtsai., 2002; Classen és mtsai., 2005). Már a korai teoretikus modellek is megemlítik a konfliktuózus családi háttér, interperszonális vagy kötődési problémák (pl.: bizonytalan kötődés), pszichopatológiai vagy emocionális-kognitív jellemzők, szerhasználat, illetve a kulturális kontextus feltételezett hatását a reviktimizáció kialakulásában (pl.: kulturális tendencia az áldozathibáztatásra) (Gold és mtsai., 1999; Grauelholz, 2000). Egyesek szerint a viktimizálódott egyének

kockázatfelismerő képességének sérülése is magyarázhatja a későbbi rekivitimizációt, mely a GSA következtében megjelenő pszichés zavarok eredménye is lehet (pl.: PTSD, disszociatív tünetek) (Arata, 2002). A szexuális reviktimizáció kapcsán azóta több rizikófaktor is azonosítottak, melyek közül kiemelkedő az előzőekben említett kapcsolat a GSA-val, illetve a rizikós szexuális viselkedések jelenlétével (Fargo, 2009).

Rizikós szexuális viselkedésként kategorizáljuk az olyan szexuális viselkedéseket, melyek megnövelik a szexuális úton terjedő betegségek (STI), a HIV, illetve a nem kívánt terhességek kockázatát (Loshek & Terrell, 2015). Így rizikósként kategorizálhatóak például a védekezés nélküli, illetve az inkonzisztens védekezéssel (pl.: inkonzisztens óvszerhasználat) jellemezhető szexuális aktusok, a gyakori partnerváltás, a szexuális partnerek, valamint a rizikós partnerek (pl.: injekciós droghasználók) megnövekedett száma, a gyakori ismeretlen (ezáltal ismeretlen szexuális előélettel rendelkező) partnerek, illetve az alkohol és egyéb szerek hatása alatti szexuális együttlét (Taylor-Seehafer & Rew, 2000). A GSA következtében esetlegesen megjelenő kockázatos szexuális viselkedéseket magyarázhatják az abúzus következtében kialakult maladaptív szexuális sémák (Horwitz és mtsai., 2001), illetve a traumatikus élmény neurobiopszichológiai hatásai és következményei (Katehakis, 2009). Az abúzus következtében kialakult sémák hatással lehetnek a későbbi szexuális viselkedésre, szexuális hiedelmekre, az énképünkre, illetve másokról alkotott képünkre (Senn és mtsai., 2011) ezáltal pedig befolyásolhatják a párválasztást, az esetleges partnerek számát, a szexuális aktusok gyakoriságát (Finkelhor & Browne, 1985; Niehaus és mtsai., 2010), továbbá eredményezhetnek repetitív vagy kényszeres szexuális viselkedést (Pachankis és mtsai., 2014; Slavin és mtsai., 2020). A rizikós szexuális viselkedések kapcsán a maladaptív sémák mellett fontos szerepet játszhatnak főleg a bizonytalan kötődési stílusok, melyek közül kiemelkedő szorongó-aggodalmaskodó és az elkerülő kötődési stílusok szerepe a rizikós szexuális viselkedésekkel való összefüggésben (McElwain és mtsai., 2015). Az elkerülő tendenciával jellemezhető kötődési stílusú egyének hajlamosabbak alacsonyabb elköteleződést mutatni partnereik iránt, ezáltal gyakrabban váltanak partnert, körükben viszont magasabb az óvszerhasználat aránya. A magas szorongással jellemezhető kötődési stílust ezzel ellenben leginkább a szexuális tevékenységek érzelemregulációs funkciójával, kevesebb óvszer használatával és korai szexuális aktivitással hozták összefüggésbe (Saint-Eloi Cadely és mtsai., 2020). Kifejezetten gyermekkorban akár neurobiopszichológiai következményei is lehetnek, befolyásolhatják ugyanis prefrontális kéreg fejlődését, és így többek között a döntéshozatalt, az impulzuskontrollt és a hangulatszabályozást (Katehakis, 2009), mely növelheti a pszichés

zavarokra való hajlamot (Messman-Moore és mtsai., 2010). Amellett, hogy az említett kockázatos viselkedések megjelenhetnek a GSA következtében is, az ismertetett mechanizmusokon keresztül, az abúzus egyéb következményeire (pl.: pszichés problémák) válaszul is jelentkezhetnek, intenzív érzelmi állapotok, illetve negatív affektusok enyhítésére, ezáltal betöltve egy érzelemregulációs funkciót is (Filipas & Ullman, 2006; Orcutt és mtsai., 2005).

A GSA, a reviktimizáció, illetve a rizikós szexuális viselkedések kapcsolata mindezek mentén feltételezhető, hiszen mint láttuk korábban, a gyermekkorban elszenvedett abuzív élmények jelentős potenciált hordoznak magukban a későbbi pszichopatológia, vagy érzelemregulációs problémák megjelenésére (pl.: Hailes és mtsai., 2019; Hillberg és mtsai., 2011). Ezekkel a problémákkal a bántalmazott egyének hajlamosabbak a szexuális tevékenységek mentén megküzdni, ami pedig potenciálisan előre jelezheti a problémás szexuális viselkedésünket, melyek rizikótényezők lehetnek a későbbi reviktimizáció elszenvedésében, maladaptív mivoltuk, gyakoriságuk, illetve kontextusuk miatt (Messman-Moore és mtsai., 2010).

2.3. Szexuális asszertivitás, mint protektív tényező

A szexuális közeledés elutasításának képessége (mely a szexuális asszertivitás részét képezi) a reviktimizáció bekövetkezésének alacsonyabb valószínűségével összeköthető (Ullman & Vasquez, 2015), longitudinális elrendezésben is (Livingston és mtsai., 2007; Greene & Navarro, 1998). A szexuális asszertivitás magába foglalja a képességet a kívánt szexuális kapcsolat létesítésére, a nem kívánt szexuális kontaktus elutasítására, illetve a bizonyos fogamzásgátlási módszerek használatára a nem kívánt következmények elkerülése érdekében (Morokoff és mtsai., 1997). A magasabb szexuális asszertivitást tanúsító egyének következőképpen gyakrabban számolnak be kedvezőbb fizikai és mentális egészségről, továbbá kisebb arányban számolnak be védekezés elhagyásáról, nem kívánt szexuális aktusokban való részvételről, illetve kényszerítésről (Loshek & Terrell, 2015). Az előzetesen abúzust elszenvedett nők esetében a szexuális asszertivitás csökkent (Stoner és mtsai., 2008), mely következtében kevésbé képesek szexuális érdeklődésük kifejezésére, illetve több nem kívánt szexuális élményről számolnak be. Ez a csökkent szexuális asszertivitás olyan sémák kialakulásának következménye lehet, melyben az előzetesen áldozattá vált egyének úgy élik meg, hogy szexuális kívánságaikat ignorálják, ezáltal a jövőben kevésbé is érvényesítik azt (Katz és mtsai., 2010). A szexuális asszertivitás minőségét ugyanakkor a partner anticipált negatív reakciója is befolyásolhatja, mely következtében csökkenhet a képesség a nem kívánt

szexuális kontaktus elutasítására, a megfelelő védekezés használatára, ezáltal pedig a nem kívánt terhesség, vagy nemi úton terjedő fertőzések elkerülésére (Rickert és mtsai., 2002).

3. Kutatási kérdés és hipotézisek

A szakirodalmi ismertetés fényében a jelen kutatás célja a GSA, a későbbi reviktimizáció vagy felnőttkori szexuális abúzus (ASA) illetve rizikós szexuális viselkedésének vizsgálata a szexuális asszertivitás potenciális közvetítő hatásának figyelembevételével.

3.1 Hipotézisek

Feltételezzük, hogy a GSA pozitívan prediktálja a felnőttkori reviktimizációt, és mindezt negatívan mediálja a szexuális asszertivitás (H1).

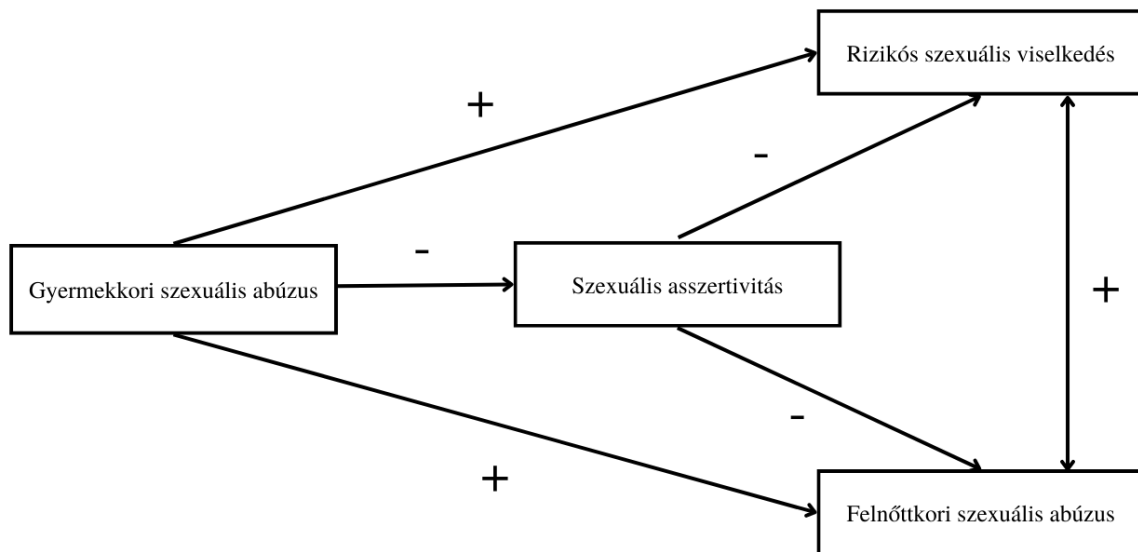
- A GSA és a felnőttkori reviktimizáció között szignifikáns, pozitív irányú összefüggést várunk (H1a)
- A GSA és a szexuális asszertivitás között szignifikáns, negatív irányú kapcsolatot várunk (H1b)
- A szexuális asszertivitás és a felnőttkori reviktimizáció között szignifikáns, negatív irányú kapcsolatot várunk (H1c)

Feltételezzük, hogy a GSA pozitívan prediktálja a felnőttkori rizikós magatartást, és mindezt negatívan mediálja a szexuális asszertivitás (H1).

- A GSA és a felnőttkori rizikós magatartás között szignifikáns, pozitív irányú összefüggést várunk (H2a)
- A GSA és a szexuális asszertivitás között szignifikáns, negatív irányú kapcsolatot várunk (H2b)
- A szexuális asszertivitás és a felnőttkori rizikós magatartás között szignifikáns, negatív irányú kapcsolatot várunk (H2c)

Feltételezzük továbbá a felnőttkori reviktimizáció és rizikós magatartás közötti szignifikáns, pozitív irányú együtt járását (H3).

1. ábra. A hipotézisek grafikus megjelenítése



4. Módszer

4.1. Minta

A vizsgálatot a kutatócsoport egyetemének intézményi bizottsága hagyta jóvá (2020/474), és a Helsinkai Nyilatkozatot követve végeztük. A jelen kutatás egy nagyobb, nemzetközi projekt részeként jött létre (Böthe és mtsai., 2021). Az adatgyűjtés egy online kérdőív segítségével zajlott, amelyet az egyik legnagyobb magyar hírportálon népszerűsítettünk. A kérdőívcsomag kitöltése körülbelül 35-45 percet vett igénybe. A jelen vizsgálatban csak 18 éves vagy annál idősebb egyének vehettek részt. A résztvevők részletes tájékoztatást kaptak a vizsgálat céljairól, emellett biztosítottuk őket arról, hogy adataikat bizalmasan kezeljük, és csak a kutatás céljából használjuk fel. A mintavétel 2021. novemberétől 2022. májusáig tartott. A végső statisztikai elemzésekhez csak a kérdőívet magyar nyelven kitöltő résztvevők adatait vettük figyelembe ($N = 10937$; $M = 36,76$; $SD = 11,95$; $\min = 18$; $\max = 99$). Mintánknak 60%-a ($N = 6565$) volt férfi, 38,7%-a ($N = 4236$) volt nő, 0,9% ($N = 98$) vallotta magát nem-binárisnak, genderfluidnak vagy genderqueernek, 0,1% ($N = 10$) vallotta magát kulturális nemi kisebbségnek, míg 0,2% ($N = 24$) választotta az egyéb kategóriát nemi identitásának meghatározásában. A minta részletes demográfiai adatait a függelék tartalmazza.

3.2. Mérőeszközök

3.2.1. Sexual Abuse History Questionnaire (SAHQ, Leserman és mtsai., 1995)

A SAHQ egy 12 tételből álló skála, amely gyermekkorban (13 éves vagy fiatalabb) és felnőttkorban (14 éves vagy idősebb) átélt szexuális abúzust méri. A skála a fizikai érintkezéssel járó (pl. *"Előfordult olyan, hogy valaki megérintette a nemi szervet, amikor te nem akartad?"*), a fizikai érintkezés nélküli (pl. *"Előfordult olyan, hogy valaki a nemi szervét megmutatta neked, amikor te nem akartad azt?"*) és a kényszerített közösülésre (*"Előfordult olyan, hogy valaki szexre kényszerített, amikor te nem akartad?"*) vonatkozó tételeket tartalmazza mind gyermekkorban, mind felnőttkorban. A résztvevők ezekre a kérdésekre egyszerű "igen" vagy "nem" válasszal válaszoltak. A skálán elért magasabb pontszámok a szexuális visszaélés többféle formájának halmozódását jelezték. A skála tartalmaz egy további nyílt végű kérdést is, amely a lehetséges bántalmazó vagy kellemetlen szexuális tapasztalatokat értékeli (*"Előfordult olyan, hogy bármilyen nem kívánatos szexuális élményed volt, amit nem említettél fentebb?"*). A skálát egy gasztroenterológiai ellátásért folyamodó, női, klinikai mintán fejlesztették, a pszichoszomatikus vagy funkcionális kórképek esetében ugyanis gyakori az előzetesen elszenvedett szexuális abúzus aránya (Hailes és mtsai., 2019), melyek leggyakrabban kismencedei fájdalommal és funkcionális gasztrointesztinális (GI) rendellenességekkel járnak együtt (Leserman és mtsai., 1995). A mérőeszköz korábbi vizsgálatokban megfelelő megbízhatóságot és érvényességet mutatott (Leserman és mtsai., 1995), hasonlóan a jelen kutatásban ($\alpha = .890$).

3.2.2. Sexual Assertiveness Scale (SAQ, Loshek & Terrell, 2015)

A SAQ egy 18 itemből álló skála, mely a szexuális asszertivitás különböző komponenseit (kommunikáció a szexuális kezdeményezéssel és kielégüléssel kapcsolatban; kéréstlen szexuális közeledés elutasításának képessége; korábbi szexuális tapasztalatokkal kapcsolatos kommunikáció) méri fel. A résztvevők egy 1-7-ig terjedő likert skálán pontozhatták az állításokat. Jelen kutatásban egy rövidített verziót (a 18 tételből 9-et) használtunk fel, megtartva ugyanakkor a tételek arányát faktoronként (3-3 tétel/faktor). Az így kapott rövidített skála jelen kutatásban megfelelő reliabilitást mutatott ($\alpha = .743$).

3.2.3. Sexual Risk Survey (SRS, Turchik & Garske, 2009)

A SRS egy 23 itemből álló skála, mely többek között felméri az alkalmi szexuális tevékenységek gyakoriságát, a szexuális védekezésre való hajlandóságot, és az alkohol, illetve egyéb szer hatása alatti szexuális együttlétek gyakoriságát. A résztvevők szövegesen, számban kifejezve értékelték bizonyos események gyakoriságát az elmúlt hat hónapban. Az SRS

jelen kutatásban elfogadható reliabilitásmutatóval ($\alpha = .674$), előzetes kutatásokban megfelelőbb reliabilitásmutatóval rendelkezett ($\alpha = .88$) (SRS, Turchik & Garske, 2009).

5. Statisztikai analízis

Az adatok tisztításához és rendszerezéséhez és a leíró elemzések elvégzéséhez az IBM SPSS 25 (IBM, 2017) szoftvert használtuk, a statisztikai modellezést az Mplus 8 (Muthén & Muthén, 1998-2018) segítségével végeztük.

A mediációs modell teszteléséhez strukturális egyenlet modellezést (SEM) végeztünk. Becslési eljárásként a WLSMV (súlyozott legkisebb négyzetes becslési eljárás) módszert alkalmaztuk, hiszen az adatok nem normál eloszlást követnek, illetve ez a módszer ajánlott dichotóm és ordinális változók esetén (Finney & DiStefano, 2013). Mediációs modellünkben a reviktimizációt illetve a rizikós szexuális viselkedések megjelenését vizsgáltuk a GSA és szexuális asszertivitás összefüggésében. Modellünkben tehát mediátorként szerepelt a szexuális asszertivitás az indirekt kapcsolatban, mindemellett pedig direkt kapcsolatot feltételeztünk a bemeneti és kimeneti változók között. Az modellünk szaturált volt, a konstruktumok közötti kapcsolatokat előre definiáltuk, így az általánosan használt illeszkedési mutatókkal és azoknak elfogadhatósági intervallumai mentén nem értékeltük a modellünket (Brown, 2015).

A mért konstruktumok (GSA, szexuális asszertivitás, rizikós szexuális viselkedések, reviktimizáció) közötti kapcsolatot korrelációval is teszteltük. Mivel a normalitás feltétele nem teljesült, illetve voltak kategorikus változók, Spearman korrelációt végeztünk (Schober és mtsai., 2018).

6. Eredmények

6.1. A strukturális egyenlet modellezés eredményei

Az elemzésben használt mérőeszközök és változók leíró statisztikái az 1. táblázatban láthatóak. Tekintve, hogy minden kapcsolatot definiáltunk, ezáltal szaturált modellt kaptunk, így illeszkedési az mutatók értelmezése nem lehetséges.

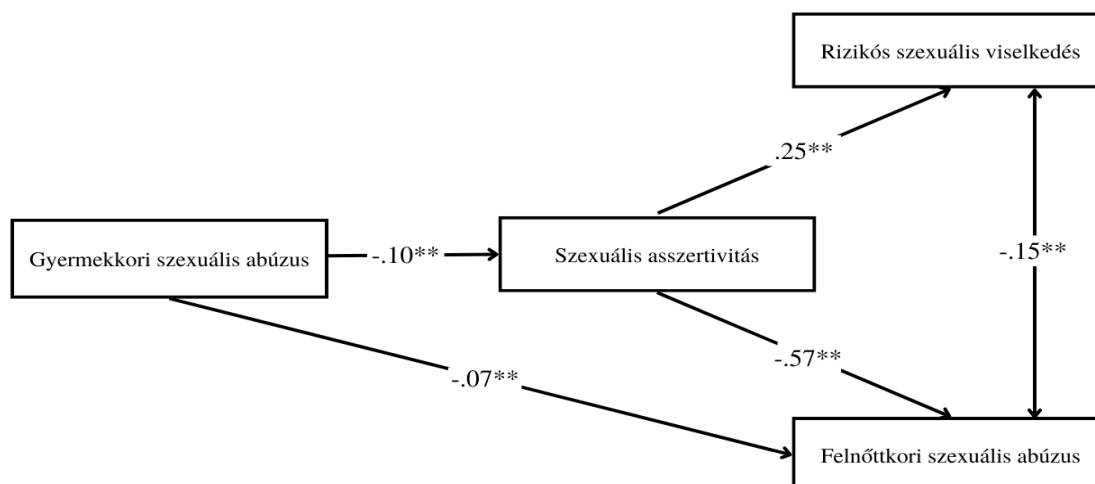
1. Táblázat. *Leíró statisztikák és a mérőeszközök pszichometriai mutatói*

	Gyermekkori szexuális abúzus (SAHQ)	Felnőttkori szexuális abúzus (SAHQ)	Rizikós szexuális viselkedések (SRS)	Szexuális asszertivitás (SAQ)
N	10812	10464	10937	9638
M (SD)	,39 (.87)	,72 (1,24)	2,98 (1,76)	42,89 (9,04)
Értéktartomány	0-6	0-6	0-10	9-63
Cronbach alfa	,60	,97	,67	,74
Ferdeség (SH)	3,10 (.02)	2,08 (.02)	1,38 (.02)	-,07 (.03)
Csúcsosság (SH)	11,66 (.05)	4,15 (.05)	1,74 (.05)	-,43 (.05)

Megjegyzés. SAHQ = Sexual Abuse History Questionnaire; SRS = Sexual Risk Survey; SAQ = Sexual Assertiveness Questionnaire; M = Átlag; SD = Szórás; SH = Standard Hiba.

A GSA és a ASA között szignifikáns, negatív irányú, gyenge kapcsolatot kaptunk ($\beta = -,07$ [95% CI (-,091) – (-,058)], $p > 0.000$). A GSA és a szexuális asszertivitás kapcsolata szignifikáns, közepesen erős és negatív irányú ($\beta = -,10$ [95% CI (-,122) – (-,082)], $p > 0.000$). A szexuális asszertivitás és a ASA, között szintén szignifikáns, erős és negatív kapcsolatot kaptunk ($\beta = -,57$ [95% CI (-,587) – (-,559)], $p > 0.000$). A szexuális asszertivitás és rizikós szexuális viselkedések közötti kapcsolat szignifikáns, közepes erősségű, ugyanakkor pozitív ($\beta = ,25$ [95% CI (,229) – (,267)], $p > 0.000$). Végezetül, a rizikós szexuális viselkedések és felnőttkori abúzus közötti összefüggés negatív irányú és szignifikáns ($r = -,15$, $p > 0.000$) együttjárást mutatott. A GSA és a rizikós szexuális viselkedések közötti kapcsolat nem volt szignifikáns. Az eredményeket az alábbi ábra szemlélteti. A rizikós szexuális viselkedések teljes varianciájának 6,2%-át ($R^2 = 0,062$), míg a felnőttkori szexuális abúzus teljes varianciájának 32,5%-át ($R^2 = 0,325$) magyarázták bemeneti változóink.

2. ábra. A gyermekkori szexuális abúzus, reviktimizáció, rizikós szexuális viselkedések és szexuális asszertivitás kapcsolata



Megjegyzés. A változóink mért változók. Az egyfejű nyilak a standardizált regressziós együtthatókat, a kétfejű nyilak pedig a korrelációkat jelölik. A nyilakon lévő számok a β koefficienseket jelzik. A *-al jelzett útvonalak $p < .000$ szinten szignifikánsak voltak.

6.2. A vizsgált konstruktumok kapcsolata

A GSA, a reviktimizáció, rizikós szexuális viselkedések, illetve szexuális asszertivitás kapcsolatát Spearman korrelációval vizsgáltuk (lásd 2. táblázat). A GSA, ASA, illetve a rizikós szexuális viselkedések mind szignifikánsan, pozitív irányba korreláltak. Ezek közül a kapcsolatok közül a GSA és a ASA közötti kapcsolat volt a legerősebb, ezt követte a ASA és rizikós szexuális viselkedések, majd a GSA és a rizikós szexuális viselkedések közötti kapcsolat. A szexuális asszertivitás egyedül a rizikós szexuális viselkedéssel korrelált szignifikánsan, negatív irányban.

2. Táblázat. Korrelációs mátrix

	1.	2.	3.	4.
1. Gyermekkori szexuális abúzus (SAHQ)	-	,305**	,025**	,007
2. Felnőttkori szexuális abúzus (SAHQ)	,305**	-	,121**	,035**
3. Rizikós szexuális viselkedések (SRS)	,025**	,121**	-	-,021*
4. Szexuális asszertivitás (SAQ)	,007	,035**	-,021*	-

* $p > .05$; ** $p > .01$

7. Megbeszélés

A jelen kutatás célja a GSA, a felnőttkori reviktimizáció, a rizikós szexuális viselkedések és a szexuális asszertivitás közötti kapcsolatok feltárása volt. A szexuális abúzus, reviktimizáció, rizikós szexuális viselkedések és szexuális asszertivitás kapcsolatát a szakirodalomban fragmentáltan vizsgálták, egy-egy konstruktum kapcsolatát kiemelve (Castro és mtsai., 2019; Das & Otis, 2016; Fargo, 2009; Livingston és mtsai., 2007; Santos-Iglesias és mtsai., 2013). Az eddigi eredmények alapot adtak az integrált hatás vizsgálatához, például Ullman és Vasquez (2015) kutatásában, akik ugyanakkor a szexuális asszertivitás egy komponensét, a szexuális közeledés visszaütésének képességét helyezik fókuszba. Kutatásunk fontossága tehát abban rejlik, hogy az említett konstruktumok kapcsolatát integráltan vizsgálja, ezáltal feltehetően pontosabb képet festve a szexuális abúzus következményeiről, egy magyar mintán. Eredményeiben továbbá fontos terápiás implikációkkal rendelkezhet a szexuális abúzuson átesettek számára, illetve különböző, maladaptív viselkedéseket, illetve szexuális reviktimizációt célzó preventív vagy interventív eljárások kialakításához is hozzájárulhat.

7.1. A GSA kapcsolata a szexuális asszertivitással, a reviktimizációval, illetve a rizikós szexuális viselkedésekkel

A GSA a mediációs modellünkben negatívan jósolta be a szexuális asszertivitást, ugyanakkor korrelációs elrendezésben a változók nem mutattak együttjárást. Ez az eredmény konzisztens a szakirodalomban domináns nézettel, mely szerint a GSA negatívan hathat a szexuális asszertivitásra (Livingston és mtsai., 2007; López Alvarado és mtsai., 2020; Loshek & Terrell, 2015). A szexualitással kapcsolatos asszertivitás, - mely részét képezi többek között a nem kívánt terhesség, vagy nemi úton történő betegségek elkerülésével kapcsolatos ismeretek, olyan mentális és fizikai egészséget promotáló attitűdök és normák elsajátítását teszi lehetővé, ami része az egészséges szexualitásnak (Rickert és mtsai., 2002), mely összefügg a partnerrel való visszaélés alacsonyabb gyakoriságával és pozitívabb szexuális attitűdökkel, valamint a szexuális izgalom és vágy magasabb szintjével (Santos-Iglesias és mtsai., 2013). A GSA és szexuális asszertivitás kapcsolatát magyarázhatják olyan maladaptív sémák, melyben az előzetesen áldozattá vált egyének úgy élik meg, hogy szexuális kívánságaikat ignorálják, ezáltal a jövőben kevésbé is érvényesítik azt (Katz és mtsai., 2010), ugyanakkor a kapcsolat mélyrehatóbb vizsgálatát tekintve a szakirodalom viszonylag limitált, így az alacsonyabb szexuális asszertivitás kialakulásának magyarázatára további kutatások szükségesek.

A GSA a mediációs modellünkben negatívan, szignifikánsan, gyengén prediktálta a ASA-t, a két konstruktum ugyanakkor közepesen erős, szignifikáns, pozitív összefüggés mutatott. Mindezekből arra következtethetünk, hogy ugyan a GSA ugyan nem jósolja be a ASA-t, azaz a felnőttkori abúzust, a két jelenség ennek ellenére mutat némi együttjárást. Ezen ambivalens eredményeink részben ellentétesek az előzetes szakirodalommal, mely szerint a GSA hajlamosíthat a későbbi reviktimizációra, azaz az ismételten abuzív jellegű események átélésére (Das, 2009; Das & Otis, 2016; Black és mtsai., 2011; Breitenbecher, 2001; Classen és mtsai., 2005). A GSA mérése azonban számos metodológiai nehézséggel járhat (Walsh és mtsai., 2004; Senn és mtsai., 2007). A GSA-ra vonatkozó kérdéseinket retrospektív módon tettünk fel, azaz felnőtteket kértünk potenciálisan traumatikus gyermekkori események felidézésére. Az eredményeinket magyarázhatja, hogy egyes események, például a GSA olyannyira traumatikusak lehetnek, hogy tudatosan hozzáférhetlenné válnak olyan mechanizmusok miatt, mint az elfojtás vagy a disszociáció, ugyanakkor az ezt alátámasztó bizonyítékok száma csekély (Geraerts és mtsai., 2006). Mind a GSA, mind az ASA esetében jellemző, hogy az áldozatok nincsenek ténylegesen tudatában a bántalmazás élményének, gyakran bizonytalanul vagy pontatlanul emlékeznek rájuk (Dorahy & Clearwater, 2012; Sorsoli, 2010). Egyesek nem biztosak a bántalmazás jellegében (Lab & Moore, 2005), míg mások tudatosan úgy döntenek, hogy elkerülik az élmények feltárását (Sorsoli és mtsai., 2008). Ezek az eredmények arra utalnak, hogy az ilyen traumatikus élmények nyilvánosságra hozatala rendkívül nagy kihívást jelenthet, melyet vélhetően több mechanizmus határoz meg (Tener & Murphy, 2015). A GSA és ASA kapcsolatát ugyanakkor ellenkezőképpen is lehetséges konceptualizálni, a gyermekkori abúzus következtében ugyanis jellemző lehet az úgynevezett hypo-szexualitás, vagy szexuális averzió megjelenése is, illetve olyan szexuális diszfunkciók jelenléte, mint az anorgazmia, vulvodynia, vaginizmus és dyspareunia (Wohl & Kirschen, 2018). Az alacsonyabb szexuális vágyat, vagy szexuális averziót a jelentős fájdalommal és distresszel járó fizikai tünetek mellett olyan pszichés következmények is magyarázzák, mint az abúzus következtében átélt intenzív félelem vagy pánik, a kontrollérzés elvesztése, az undor vagy szégyenérzet, illetve esetenként olyan komoly tünetek is, mint a PTSD-vel asszociált élmény betörések (Bohus és mtsai., 2013). Látható tehát, hogy a jelenség komplexitásából adódóan további vizsgálatok szükségesek, melyek képesek esetleg szenzitívebb vagy több aspektust feltáró mérőeszközök segítségével pontosabb képet festeni a két konstruktum kapcsolatáról, hiszen jelen kutatásban csak az abúzus pusztá eseményét mértük fel.

A GSA és a rizikós szexuális viselkedések a mediációs modellben nem mutattak szignifikáns összefüggést, korrelációs elrendezésben ugyanakkor gyenge, pozitív, szignifikáns eredményt kaptunk. Ez az eredményünk részben ellentétes az előzetes szakirodalommal, mely szerint a GSA következtében kialakulhatnak bizonyos maladaptív szexuális sémák, amelyek hatást gyakorolhatnak a későbbi szexuális viselkedésre (Horwitz és mtsai., 2001), párválasztásra, a partnerek számára, a szexuális aktusok gyakoriságára (Finkelhor & Browne, 1985; Niehaus és mtsai., 2010), illetve akár repetitív vagy kényszeres szexuális viselkedést is eredményezhetnek (Pachankis és mtsai., 2014; Slavin és mtsai., 2020).

7.2. A szexuális asszertivitás hatása

A szexuális asszertivitás pozitív és szignifikáns kapcsolatban volt a rizikós szexuális viselkedésekkel a mediációs modellben, míg a korrelációs elrendezésben egy gyenge, negatív irányú kapcsolatot láthattunk. Ez az ambivalens eredmény további kutatásokat igényel, tekintve, hogy a szakirodalomban egy elterjedt nézet, hogy a magasabb szexuális asszertivitás kisebb arányban eredményezheti a védekezés elhagyását, illetve a nem kívánt szexuális aktusokban való részvételt (Loshek & Terrell, 2015; Rickert és mtsai., 2002; Stoner és mtsai., 2008). A pozitív kapcsolatot magyarázhatja, hogy a rizikós szexuális viselkedés, kifejezetten a partnerek megnövekedett száma, illetve a gyakori partnerváltás igényelhet egy magasabb fokú szexuális asszertivitást, ugyanakkor az ezzel a jelenséggel kapcsolatos kutatások száma jelenleg rendkívül limitált, és ezekben a kutatásokban sem került még sor szignifikáns eredmények kimutatására (van de Bongardt & de Graaf, 2020). Fontos megjegyezni, hogy a jelen kutatásban az általunk rizikósként kategorizált események szubjektíven megélt rizikósságát nem mértük, tehát arról nincsen információnk, hogy az adott egyének ténylegesen mennyire élik meg az adott viselkedéseket veszélyesnek, kockázatosnak. Ennek mentén érdekes lehetne a jövőben azt is vizsgálni, hogy vajon a magasabb szexuális asszertivitással rendelkező egyének azért vesznek-e nagyobb arányban részt ilyen kockázatos viselkedésekben, mert asszertivitásuk által képesek a helyzet kompetens kezelésére, ezáltal nem élik meg rizikósnak. A feltevés tesztelésére azonban mindenképpen további kutatások szükségesek, ismételten szenzitív és diverzebb mérőeszközökkel.

A szexuális asszertivitás a mediációs modellünkben szignifikánsan, negatív irányban prediktálta a ASA-t, azaz a felnőttkori reviktimizációt, korrelációs elrendezésben ugyanakkor megfigyelhető egy gyenge, pozitív együttjárás. Eredményeink konzisztensek a szakirodalommal, mely beszámol olyan eredményekről, melyek szerint a magasabb szexuális

asszertivitással rendelkező egyének kisebb arányban számolnak be többek között a nem kívánt szexuális aktusokban való részvételről, illetve kényszerítésről (Loshek & Terrell, 2015). Egyesek az abúzus, a szexuális asszertivitás és a későbbi reviktimizáció kapcsolatának dinamikusságát hangsúlyozzák, mely értelmében a szexuálisan abuzív jellegű események alacsonyabb asszertivitást, és ezáltal újabb abúzust eredményezhetnek (Livingston és mtsai., 2007). Látható tehát, hogy a szexuális asszertivitás és a szexuális reviktimizáció kapcsolatának megalapozottsága viszonylag szilárd, ennek ellenére az asszertivitás tréning alkalmazása pszichoterápiás közegben egyre inkább kiveszik a gyakorlatból (Speed és mtsai., 2007).

7.3. Rizikós szexuális viselkedések és felnőttkori abúzus

A rizikós szexuális viselkedések és a ASA között a mediációs és a korrelációs elrendezésben is szignifikáns, negatív együttjárást találtunk. Eredményünk az előzetes szakirodalommal ellentétes, hiszen a két jelenséget sokszor tárgyalják egymással összefüggésben (pl.: Fargo, 2009; Messman-Moore és mtsai., 2010; Orcutt és mtsai., 2005; Ullman & Vasquez, 2015), hasonló mechanizmusok eredményeként (Finkelhor & Browne, 1985; Horwitz és mtsai., 2001; Katehakis 2009; Niehaus és mtsai., 2010; Senn és mtsai., 2011), melyek közös eredője gyakran a gyermekkorban elszenvedett szexuális abúzus (Castro és mtsai., 2019; Desai és mtsai., 2002). A ASA megjelenésében ugyanakkor maga a kockázatos szexuális viselkedések is rizikófaktoroként szerepelhetnek, a pozitív kapcsolatot tehát ezen elgondolás és hasonló kutatási eredmények mentén feltételeztük (Messman-Moore és mtsai., 2010). A GSA következtében ugyanakkor jellemzően megjelenhet a már előzőekben kifejtett szexuális averzió, esetleg szexuális diszfunkciók, vagy alacsonyabb szexuális arousal, melyet az abúzus fizikai és pszichés következményei is előidézhetnek (Bohus és mtsai., 2013; Wohl & Kirschen, 2018). Kutatások alapján kimondható, hogy a GSA következtében megjelenő, felnőttkorban jellemző szexuális viselkedések egy spektrumon is elhelyezhetőek, melynek egyik végét a szexuális diszfunkciók és visszahúzódás, másik végét pedig a hiperszexualitással, kompulzivitással jellemezhető viselkedések alkotják, a kialakuló viselkedés pedig nagyrészt a gyermek életkorának és nemének függvénye. Ezek mentén azt is megfigyelték, hogy a korai életkor és a férfi nem jellemzőbb a kompulzív viselkedési formák megjelenésében (Bohus és mtsai., 2013).

7.4. Limitációk és jövőbeli kutatások

Kutatásunkban alkalmazott önbevallásos módszerek torzító hatásúak lehetnek, hiszen a résztvevőket gyermekkori eseményekről retrospektíven kérdeztük (Tener & Murphy, 2015).

Emellett a szexuális abúzus összpontszáma nem tükrözi teljes mértékben a bántalmazás súlyosságát vagy a közelséget (pl.: milyen közeli kapcsolatban állt az áldozattal az elkövető), csak az abúzus típusainak halmozódását (pl.: nemi szervek felfedése, szexuális zaklatással való fenyegetés, nemi szervek megérintése, nemi szervek megérintésére való kényszerítés és szexuális kapcsolatra való kényszerítés), a felhasznált mérőeszköz pedig csak a szexuális bántalmazás súlyosabb formáinak (azaz a nemi szervek felfedése, szexuális bántalmazással való fenyegetés, a nemi szervek megérintése, a nemi szervek megérintésére való kényszerítés és a szexre való kényszerítés) kimutatására alkalmas (Leserman és mtsai., 1995), eredményeink alakulásába így a kérdőív jellegzetességei is beleszólhattak. A rizikós szexuális viselkedések tekintetében továbbá csak annak előfordulását mértük, az események szubjektív megélését nem. A jövőben érdemes lenne további kutatásokat folytatni mindezek figyelembevételével is.

Annak ellenére, hogy az adatok nem voltak reprezentatívak az átlag populációra nézve (akik nem rendelkeznek internet-hozzáféréssel, nem látogatják a híroldalt, ahol hirdetve volt a kérdőív, azok nem érték el kérdőívünket), a mintánk viszonylag sokszínű volt a nemi eloszlás, az életkor, a szexuális irányultság és más szociodemográfiai jellemzők tekintetében. A jelen kutatás erőssége lehet, hogy megerősít már meglévő eredményeket egy magyar, nem klinikai mintán, továbbá fontos módszertani implikációkkal rendelkezhet további kutatások megalapozására. Az eredmények gyakorlati, terápiás implikációi továbbá megalapozhatnak fontos intervenciók vagy prevenciók eljárásokat is. A jövőben ugyanakkor érdemes lehet az általunk vizsgált konstruktumokat más, azok kapcsolatát esetlegesen befolyásoló tényezők figyelembevételével (pl.: alkohol vagy egyéb szerabúzus, családi háttér, kulturális és szocioökonómiai kontextus, pszichopatológiai vonatkozások) is, illetve nemi bontásban is vizsgálni.

7.5. Konklúziók

Eredményeink arra engednek következtetni, hogy a szexuális asszertivitás központi szerepet játszhat a felnőttkori reviktimizációban, tekintve, hogy a GSA-t elszenvedett egyének egy alacsonyabb asszertivitásról számolnak be, mely ugyanakkor negatívan vetíti előre a ASA valószínűségét. A szexuális asszertivitás ezek mentén egy olyan eszköz lehet, mely az abúzus történettel rendelkező egyéneknek nem csak a kontroll érzését biztosíthatja, de akár megelőzhet későbbi nemkívánatos szexuális élményeket. Az asszertivitás képességének fejlesztését így érdemes lehet prevenciók vagy intervenciók programok részeként is alkalmazni, nem pusztán abúzus történettel élők esetében is. A kutatásunkkal ugyanakkor nem szeretnénk azt

sugalmazni, hogy a szexuális abúzus, vagy egyéb abuzív jellegű esemény elszenvedése pusztán személyes jellemzőkön vagy kompetenciákon múlna.

7.6. Saját hozzájárulásom

Az ELTE Addiktológiai Kutató Csoportjához 2020 nyarán csatlakoztam, azóta több, a jelen kutatáshoz is köthető projektben is részt vettem, illetve saját projektekbe is belekezdtem. A jelen kutatás egy nagyobb, magyar szervezésű nemzetközi projekt részeként jött létre (<https://internationalsexsurvey.org/>), melynek célja a többek között szexuális viselkedés széles körének megértése (különös tekintettel a kényszeres szexuális viselkedésekre és a problémás pornográfiahasználatra diverz populációkban), validált, nyilvánosan elérhető szűrőeszközök biztosítása, illetve az empirikus modellek felállításának segítése és a szakirodalom bővítése. A projekt keretei között a konceptualizációt kivéve minden fázisban együttműködtem a kutatást vezetőikkel. Bekapcsolódtam az adatfelvétel és adaptáció bizonyos fázisaiba, amelyek során a kérdőívek fordításával, a projekt reklámozásával, illetve később az adatok tisztításával, feldolgozásával is foglalkoztam. Jelenleg is több, az említett projekthez köthető kézirat munkálataiban is részt veszek. A jelen dolgozat tekintetében témavezetőm segítségével a kutatás minden aspektusát önállóan végeztem.

8. Felhasznált Irodalom

Arata, C. M. (2002). Child sexual abuse and sexual revictimization. *Clinical psychology: Science and practice*, 9(2), 135. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.2.135>

Black, M.C., Basile, K.C., Breiding, M.J., Smith, S.G., Walters, M.L., Merrick, M.T., Chen, J., & Stevens, M.R. (2011). The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. Atlanta, GA: *National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention*.

Briere, J. (1992). *Methodological Issues in the Study of Sexual Abuse Effects*. 8.

Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., & Steil, R. (2013). Dialectical Behaviour Therapy for Post-traumatic Stress Disorder after Childhood Sexual Abuse in Patients with and without Borderline Personality Disorder: A Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221–233.

<https://doi.org/10.1159/000348451>

Bóthe, B., Koós, M., Nagy, L., Kraus, S. W., Potenza, M. N., & Demetrovics, Z. (2021). International Sex Survey: Study protocol of a large, cross-cultural collaborative study in 45 countries. *Journal of Behavioral Addictions*, 10(3), 632–645.

<https://doi.org/10.1556/2006.2021.00063>

Breitenbecher, K. H. (2001). Sexual revictimization among women A review of the literature focusing on empirical investigations. *Aggression and Violent Behavior*, 18.

[https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00014-8](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00014-8)

Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford publications.

Castro, Á., Ibáñez, J., Maté, B., Esteban, J., & Barrada, J. R. (2019). Childhood Sexual Abuse, Sexual Behavior, and Revictimization in Adolescence and Youth: A Mini Review.

Frontiers in Psychology, 10, 2018. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02018>

Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual Revictimization: A Review of the Empirical Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(2), 103–129.

<https://doi.org/10.1177/1524838005275087>

Das, A. (2009). Sexual Harassment at Work in the United States. *Archives of Sexual Behavior*, 38(6), 909–921. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9354-9>

Das, A., & Otis, N. (2016). Sexual Contact in Childhood, Revictimization, and Lifetime Sexual and Psychological Outcomes. *Archives of Sexual Behavior*, 45(5), 1117–1131.

<https://doi.org/10.1007/s10508-015-0620-3>

de Kloet, E. R., Joëls, M., & Holsboer, F. (2005). Stress and the brain: From adaptation to disease. *Nature Reviews Neuroscience*, 6(6), 463–475. <https://doi.org/10.1038/nrn1683>

Desai, S., Arias, I., Thompson, M. P., & Basile, K. C. (2002). Childhood Victimization and Subsequent Adult Revictimization Assessed in a Nationally Representative Sample of Women and Men. *Violence and Victims*, 17(6), 639–653.

<https://doi.org/10.1891/vivi.17.6.639.33725>

Dorahy, M. J., & Clearwater, K. (2012). Shame and Guilt in Men Exposed to Childhood Sexual Abuse: A Qualitative Investigation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(2), 155–175.

<https://doi.org/10.1080/10538712.2012.659803>

Fargo, J. D. (2009). Pathways to Adult Sexual Revictimization: Direct and Indirect Behavioral Risk Factors Across the Lifespan. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(11), 1771–1791. <https://doi.org/10.1177/0886260508325489>

Finney, S. J., & DiStefano, C. (2013). Non-normal and categorical data in structural equation modeling. In G. R. Hancock & R. O. Mueller (Eds.), *Structural equation modeling: A second course* (2nd ed., pp. 439–492). Information Age Publishing.

Filipas, H. H., & Ullman, S. E. (2006). Child Sexual Abuse, Coping Responses, Self-Blame, Posttraumatic Stress Disorder, and Adult Sexual Revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(5), 652–672. <https://doi.org/10.1177/0886260506286879>

Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>

Geraerts, E., Smeets, E., Jelicic, M., Merckelbach, H., & van Heerden, J. (2006). Retrieval inhibition of trauma-related words in women reporting repressed or recovered memories of childhood sexual abuse. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8), 1129–1136. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.09.001>

Gold, S. R., Sinclair, B. B., & Balge, K. A. (1999). Risk of sexual revictimization: A theoretical model. *Aggression and Violent Behavior*, 4(4), 457–470. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(98\)00024-X](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(98)00024-X)

Grauerholz, L. (2000). An ecological approach to understanding sexual revictimization: Linking personal, interpersonal, and sociocultural factors and processes. *Child maltreatment*, 5(1), 5–17. <https://doi.org/10.1177/1077559500005001002>

Greene, D. M., & Navarro, R. L. (1998). Situation-Specific Assertiveness in the Epidemiology of Sexual Victimization Among University Women: A Prospective Path Analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 22(4), 589–604. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1998.tb00179.x>

Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830–839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)

Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., & Dixon, L. (2011). Review of Meta-Analyses on the Association Between Child Sexual Abuse and Adult Mental Health Difficulties: A Systematic Approach. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(1), 38–49.

<https://doi.org/10.1177/1524838010386812>

Horwitz, A. V., Widom, C. S., McLaughlin, J., & White, H. R. (2001). The Impact of Childhood Abuse and Neglect on Adult Mental Health: A Prospective Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 184. <https://doi.org/10.2307/3090177>

IBM Corp. (2017). IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY: IBM Corp.

Katehakis, A. (2009). Affective Neuroscience and the Treatment of Sexual Addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 16(1), 1–31. <https://doi.org/10.1080/10720160802708966>

Katz, J., May, P., Sörensen, S., & DelTosta, J. (2010). Sexual Revictimization During Women's First Year of College: Self-Blame and Sexual Refusal Assertiveness as Possible Mechanisms. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(11), 2113–2126.

<https://doi.org/10.1177/0886260509354515>

Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378–385.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>

Lab, D. D., & Moore, E. (n.d.). *Prevalence and denial of sexual abuse in a male psychiatric inpatient population*. 8. <https://doi.org/10.1002/jts.20036>

Lalor, K., & McElvaney, R. (2010). Child Sexual Abuse, Links to Later Sexual Exploitation/High-Risk Sexual Behavior, and Prevention/Treatment Programs. *Trauma, Violence, & Abuse*, 11(4), 159–177. <https://doi.org/10.1177/1524838010378299>

Livingston, J. A., Testa, M., & VanZile-Tamsen, C. (2007). The Reciprocal Relationship Between Sexual Victimization and Sexual Assertiveness. *Violence Against Women*, 13(3), 298–313. <https://doi.org/10.1177/1077801206297339>

Leserman, J., Drossman, D. A., & Li, Z. (1995). The Reliability and Validity of a Sexual and Physical Abuse History Questionnaire in Female Patients with Gastrointestinal Disorders. *Behavioral Medicine*, 21(3), 141–150. <https://doi.org/10.1080/08964289.1995.9933752>

López Alvarado, S. L., Van Parys, H., Jerves, E., & Enzlin, P. (2020). Development of sexual assertiveness and its function for human sexuality: A literature review. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(2), e948. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i2.948>

Loshek, E., & Terrell, H. K. (2015). The Development of the Sexual Assertiveness Questionnaire (SAQ): A Comprehensive Measure of Sexual Assertiveness for Women. *The Journal of Sex Research*, 52(9), 1017–1027. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.944970>

Luster, T., & Small, S. A. (1997). Sexual Abuse History and Number of Sex Partners Among Female Adolescents. *Family Planning Perspectives*, 29(5), 204. <https://doi.org/10.2307/2953396>

Messman-Moore, T. L., Walsh, K. L., & DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 34(12), 967–976. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.06.004>

McElwain, A. D., Kerpelman, J. L., & Pittman, J. F. (2015). The role of romantic attachment security and dating identity exploration in understanding adolescents' sexual attitudes and cumulative sexual risk-taking. *Journal of Adolescence*, 39, 70-81. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.12.005>

Morokoff, P. J., Quina, K., Harlow, L. L., Whitmire, L., Grimley, D. M., Gibson, P. R., & Burkholder, G. J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 790–804. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.4.790>

Muthén, B., & Muthén, B. O. (1998-2018). Statistical analysis with latent variables (Vol. 123, No. 6). New York: Wiley.

Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E., & Briere, J. (1996). The Long-Term Sequelae of Childhood Sexual Abuse in Women: A Meta-Analytic Review. *Child Maltreatment*, 1(1), 6–16. <https://doi.org/10.1177/1077559596001001002>

Niehaus, A. F., Jackson, J., & Davies, S. (2010). Sexual Self-Schemas of Female Child Sexual Abuse Survivors: Relationships with Risky Sexual Behavior and Sexual Assault in Adolescence. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1359–1374. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9600-9>

Orcutt, H. K., Cooper, M. L., & Garcia, M. (2005). Use of sexual intercourse to reduce negative affect as a prospective mediator of sexual revictimization. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 729–739. <https://doi.org/10.1002/jts.20081>

Pachankis, J. E., Rendina, H. J., Ventuneac, A., Grov, C., & Parsons, J. T. (2014). The Role of Maladaptive Cognitions in Hypersexuality Among Highly Sexually Active Gay and Bisexual Men. *Archives of Sexual Behavior*, 43(4), 669–683. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0261-y>

Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A Meta-Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17–36. <https://doi.org/10.1080/00223980109603677>

Pintér Á., & Tóth J. N. (2017). A bántalmazott gyermekek – Gyermekjogok és gyermekbántalmazás. *Statisztika szemle*, 95(8–9), 847–872. <https://doi.org/10.20311/stat2017.08-09.hu0847>

Rickert, V. I., Sanghvi, R., & Wiemann, C. M. (2002). Is Lack of Sexual Assertiveness among Adolescent and Young Adult Women a Cause for Concern? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34(4), 178. <https://doi.org/10.2307/3097727>

Saint-Eloi Cadely, H., Finnegan, V., Spears, E. C., & Kerpelman, J. L. (2020). Adolescents and sexual risk-taking: The interplay of constraining relationship beliefs, healthy sex attitudes, and romantic attachment insecurity. *Journal of Adolescence*, 84(1), 136–148. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.08.010>

Santos-Iglesias, P., Sierra, J. C., & Vallejo-Medina, P. (2013). Predictors of Sexual Assertiveness: The Role of Sexual Desire, Arousal, Attitudes, and Partner Abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6), 1043–1052. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9998-3>

Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia & Analgesia*, 126(5), 1763–1768. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>

Shenk, C. E., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2010). A prospective examination of the role of childhood sexual abuse and physiological asymmetry in the development of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 34(10), 752–761.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.02.010>

Senn, T. E., Carey, M. P., Vanable, P. A., Coury-Doniger, P., & Urban, M. (2007). Characteristics of Sexual Abuse in Childhood and Adolescence Influence Sexual Risk Behavior in Adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 36(5), 637–645.

<https://doi.org/10.1007/s10508-006-9109-4>

Senn, T. E., Carey, M. P., & Coury-Doniger, P. (2011). Self-defining as sexually abused and adult sexual risk behavior: Results from a cross-sectional survey of women attending an STD clinic. *Child Abuse & Neglect*, 35(5), 353–362. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.01.013>

Slavin, M. N., Blycker, G. R., Potenza, M. N., Bóthe, B., Demetrovics, Z., & Kraus, S. W. (2020). Gender-Related Differences in Associations Between Sexual Abuse and Hypersexuality. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(10), 2029–2038.

<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.07.008>

Speed, B. C., Goldstein, B. L., & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness training: A forgotten evidence-based treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1).

<https://doi.org/10.1111/cpsp.12216>

Sorsoli, L. (2010). “I remember”, “I thought”, “I know I didn’t say”: Silence and memory in trauma narratives. *Memory*, 18(2), 129–141. <https://doi.org/10.1080/09658210903168046>

Sorsoli, L., Kia-Keating, M., & Grossman, F. K. (2008). “I keep that hush-hush”: Male survivors of sexual abuse and the challenges of disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 55(3), 333–345. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.3.333>

Stoner, S. A., Norris, J., George, W. H., Morrison, D. M., Zawacki, T., Davis, K. C., & Hessler, D. M. (2008). Women's condom use assertiveness and sexual risk-taking: Effects of alcohol intoxication and adult victimization. *Addictive Behaviors*, 33(9), 1167–1176.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.04.017>

Taylor-Seehafer, M., & Rew, L. (2000). Risky sexual behavior among adolescent women. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 5(1), 15-25. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2000.tb00082.x>

Tener, D., & Murphy, S. B. (2015). Adult Disclosure of Child Sexual Abuse: A Literature Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 391–400. <https://doi.org/10.1177/1524838014537906>

Turchik, J. A., & Garske, J. P. (2009). Measurement of Sexual Risk Taking Among College Students. *Archives of Sexual Behavior*, 38(6), 936–948. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9388-z>

Ullman, S. E., & Vasquez, A. L. (2015). Mediators of Sexual Revictimization Risk in Adult Sexual Assault Victims. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(3), 300–314. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1006748>

van de Bongardt, D., & de Graaf, H. (2020). Youth's Socio-Sexual Competences With Romantic and Casual Sexual Partners. *The Journal of Sex Research*, 57(9), 1166–1179. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1743226>

Walker, H. E., Freud, J. S., Ellis, R. A., Fraine, S. M., & Wilson, L. C. (2019). The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(1), 67–80. <https://doi.org/10.1177/1524838017692364>

Walsh, C., Jamieson, E., MacMillan, H., & Trocmé, N. (2004). Measuring Child Sexual Abuse in Children and Youth. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(1), 39–68. https://doi.org/10.1300/J070v13n01_03

Wohl, A., & Kirschen, G. W. (2018). Betrayal of the body: Group approaches to hypo-sexuality for adult female sufferers of childhood sexual abuse. *Journal of child sexual abuse*, 27(2), 154-160. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1435597>

World Health Organization (2004). Child Sexual Abuse. A Silent Emergency. Regional Office for Africa. Hozzáférvé: 2022.11.05, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/1878/AFR.RC54.15%20Rev.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization (2016). Child Maltreatment Fact Sheet. Geneva. Hozzáférve: 2022.09.11, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>

Young-Southward, G., Svelnys, C., Gajwani, R., Bosquet Enlow, M., & Minnis, H. (2020). Child Maltreatment, Autonomic Nervous System Responsivity, and Psychopathology: Current State of the Literature and Future Directions. *Child Maltreatment*, 25(1), 3–19. <https://doi.org/10.1177/1077559519848497>

9. Függelék

A minta részletes demográfiai adatai

(N = 10937)	
Nem (N = 10933)	
Férfi/maszkulin	6565 (60%)
Nő/feminin	4236 (38,7%)
Non-binary, genderfluid, genderqueer	98 (,9%)
Kulturális nemi kisebbség	10 (,1%)
Egyéb	24 (,2%)
Átlagéletkor (SD)	38,58 (135,23)
Szexuális orientáció (N = 10935)	
Heteroszexuális	8855 (81%)
Homoszexuális	439 (4%)
Hetero/Homoflexibilis	673 (6,2%)
Biszexuális	590 (5,4%)
Queer	22 (,2%)
Pánszexuális	118 (1,1%)
Aszexuális	75 (,7%)

Egyéb	63 (1,6%)
Képzettség	
Általános iskolai végzettség	123 (1,1%)
Érettségi	3002 (27,4%)
Felsőfokú végzettség (pl. alap, mester vagy doktori fokozat)	7812 (71,4%)
Családi státusz (N = 10936)	
Egyedülálló	2167 (19,8%)
Párkapcsolatban él	3971 (36,3%)
Házas	4417 (40,4%)
Elvált	315 (2,9%)
Özvegy	66 (,6%)
Jelenleg tanulmányait végzi	2377 (21,7%)
Munkahelyi státusz	
Nem dolgozik	1253 (11,5%)
Teljes állásban dolgozik	8230 (75,2%)
Félállásban dolgozik	986 (9%)
Ad-hoc munkavállaló	468 (4,3%)
Lakóhely	
Főváros	5648 (51,6%)
Megyeszékhely	1895 (17,3%)
Város	2990 (27,3%)
Falu	404 (3,7%)