

Miskolci Egyetem
Bölcsészstudományi Kar
Gyógyypedagógia szak
Pszichopedagógia szakirány,
Tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirány

A GYERMEKBÁNTALMAZÁS PSZICHOLÓGIAI KÖVETKEZMÉNYEI

Dr. Lubinszki Mária

Fekete-Lázár Dorottya

2024.

MISKOLCI EGYETEM
BÖLCSESZETTUDOMÁNYI KAR
SZAKDOLGOZATI FELADATKIÍRÁS

Név: Fekete-Lázár Dorottya

Neptun kód: HJF8RZ

Képzés megnevezése (képzési forma és tagozat): Alapképzés, Levelező

Szak: Gyógypedagógia

Szakirány: Pszichopedagógia,
Tanulásban Akadályozottak
Pedagógiája

Illetékes intézet: Tanárképző Intézet

A szakdolgozati téma: A gyermekbántalmazás pszichológiai következményei

Konzulens neve, beosztása: Dr. Lubinszki Mária, egyetemi docens

Ha van: külső konzulens neve, elérhetősége (e-mail): -

A szakdolgozati feladatkiírás kiadásának időpontja:

Miskolc,

.....
Hallgató aláírása

A témát elfogadtam.

p. h.

.....
Konzulens aláírása

.....
Intézetigazgató aláírása

	Miskolci Egyetem Bölcsészeti-és Társadalomtudományi Kar Hallgatói Követelményrendszer Szakdolgozatkészítési Szabályzata	Oldalszám: 11
		Kiadás és változat száma: A4

2. sz. melléklet

MISKOLCI EGYETEM BÖLCSESZET- ÉS TÁRSADALOMTUDOMÁNYI KAR KONZULTÁCIÓS LAP

Hallgató neve: Fekete-Lázár Dorottya

Neptun kód: **HJF8RZ**

Szakdolgozat címe: **A gyermekbántalmazás pszichológiai következményei**

Konzulens neve: **Dr. Lubinszki Mária**

Konzultáció időpontja

Konzulens aláírása

Konzultáció időpontja

Konzulens aláírása

Konzultáció időpontja

Konzulens aláírása

Konzultáció időpontja

Konzulens aláírása

Konzultáció időpontja

Konzulens aláírása

Konzultáció időpontja

Konzulens aláírása

Konzultáció időpontja

Konzulens aláírása

Dátum: 2024. 04.

A szakdolgozat beadható:

.....
Konzulens aláírása

MISKOLCI E G Y E T E M	Miskolci Egyetem Bölcsészet-és Társadalomtudományi Kar Hallgatói Követelményrendszer Szakedolgozatkészítési Szabályzata	Oldalszám: 12
		Kiadás és változat száma: A4

3. sz. melléklet



ERDETISÉGI NYILATKOZAT

Alulírott Fekete-Lázár Dorottya;

Neptun-kód: HJF8RZ

a Miskolci Egyetem Bölcsészet- és Társadalomtudományi Karának végzős hallgatója ezennel büntetőjogi és fegyelmi felelősségem tudatában nyilatkozom és aláírásommal igazolom, hogy *A gyermekbántalmazás pszichológiai következményei* című szakedolgozatom saját, önálló munkám; az abban hivatkozott szakirodalom felhasználása a forráskezelés szabályai szerint történt.

Tudomásul veszem, hogy szakedolgozat esetén plágiumnak számít:

- szószerinti idézet közlése idézőjel és hivatkozás megjelölése nélkül;
- tartalmi idézet hivatkozás megjelölése nélkül;
- más publikált gondolatainak saját gondolatként való feltüntetése.

Alulírott kijelentem, hogy a plágium fogalmát megismertem, és tudomásul veszem, hogy plágium esetén szakedolgozatom visszautasításra kerül.

Kijelentem továbbá, hogy szakedolgozatom nyomtatott és elektronikus (a <http://midra.uni-miskolc.hu> tárhelyre feltöltött) példányai szövegükben, tartalmukban megegyeznek.

Miskolc, 2024. év, 04. hó, 29. nap

.....
Hallgató

Tartalomjegyzék

1., Bevezetés	7
2., Fogalmi áttekintés	9
2.1., A bántalmazás típusai.....	9
2.1.1., Aktív bántalmazás	10
2.1.2., Passzív bántalmazás	32
2.2., Gyermekbántalmazás fogalma a közvéleményben.....	34
2.3., Rövid történelmi áttekintés	35
3., A fogyatékos populáció érintettsége	37
4., A gyermekbántalmazás következményei.....	40
4.1., A gyermekkori abúzus és kriminalizáció	40
4.2., Gyermekkori abúzus egészségügyi következményei	41
4.3., Gyermekkori abúzus hosszú távú hatásai a mentális egészségre	43
4.3.1., Gyermekkori abúzus és az öngyilkosság.....	44
4.3.2., A Gyermekkori abúzus és az önsértés kapcsolata	45
4.3.3., A gyermekkori abúzus és személyiségzavarok.....	47
4.3.4., A gyermekkori abúzus és szenvedélybetegség	52
4.3.5., A gyermekkori abúzus és depresszió	56
4.4., A szexuális abúzus következményei	57
4.5., Az életkor és a bántalmazás elszívődése közti kapcsolat	58
5., Az élettani vizsgálatok szükségességének meghatározása	60
5.1., Megfigyelő eljárások bemutatása	60
5.2., Vizsgált területek bemutatása	70
5.2.1., Az agyterületek vonatkozásainak bemutatás	70
5.2.3., Neurotranszmitterek és MA-pályák	73
5.3., Élettani vizsgálatok.....	74
6., Korai kötődéskapcsolatok sérülése.....	86
7., Felmerülő problémák a gyermekek védelmével kapcsolatban.....	95
8., Szakdolgozat kérdőív kiértékelése	97

9., Saját kutatás összegzése	109
10., A szakdolgozat összefoglalása.....	109
11., Irodalomjegyzék	113
12., Idegen nyelvű összefoglaló	118
13., Melléklet a függelékhez	121

1., Bevezetés

A gyermekbántalmazással, mint megoldandó problémával először 1962-ben kezdtek el foglalkozni, azóta egyre szélesebb körű tanulmány áll rendelkezésünkre a témát illetően, amely egyértelműen bizonyítja, hogy a gyermekbántalmazásnak hosszú távú, az életminőséget negatív irányban súlyosan befolyásoló következményei vannak.

A gyermekbántalmazás a fizikai és lelki egészséget is megnyomorítja, hatása hosszú távú és szerteágazó. Társadalmi problémaként is értelmezhető, hiszen a gyermekbántalmazás áldozatai olyan élettani vizsgálatokkal is mérhető változásokon mennek keresztül, amelyek a bántalmazás mértékével arányosan rontják az esélyeiket az egészséges felnőtt élethez és a társadalmi hasznosságához, illetve a bántalmazott gyermekek serdülőként és felnőttként is nagyobb eséllyel kerülnek szembe a törvénnyel, különösképpen az erőszakos bűncselekményekre való tekintettel.

A gyermekbántalmazás társadalmi problémaként értelmezhető amiatt is, mert megnöveli a rizikót a mentális és szomatikus betegségek kialakulásra felnőtt korban, amelyek kezelése komoly állami kiadásokat jelent amellett, hogy csökkent munkaképességűvé vagy munkaképtelenné válik a bántalmazott személy felnőttként, illetve az öngyilkosság rizikója is megnő.

Szakszerű segítség nélkül gyakran nemcsak a bántalmazott hordozza egész életén keresztül a testi és a lelki sebeket, hanem szakszerű segítség hiányában a gyermekei életét, jövőjét negatívan is befolyásolja. Ez bekövetkezhet egyrészt a bántalmazás következtében kialakuló mentális vagy pszichoszomatikus tünetek által, másrészt a bántalmazás mintáját nevelési attitűdjével a gyermekeibe is átnevelheti. Így többgenerációs probléma jön létre. A mai modern társadalomban különösen fontossá vált az élet védelme és a béke fenntartása, amely erőszakos eszközökkel lehetetlen.

Habár a tudományos kutatások hatására a gyermekek védelme a politikában is egyre fontosabb szerepet kapott, az UNICEF Magyar Bizottsága 2016-ban, „Hol a határ Magyarországon” címmel összefoglaló cikket publikált, amely alapján kiderül, hogy a

törvények ellenére a közvélemény szerint csak az abúzus és elhanyagolás legdurvább változatai számítanak gyermekbántalmazásnak, a pofon, a kézzel verés vagy a szeretet megvonása elfogadott, főleg az idősebbek és az alacsonyan iskolázottak körében. A problémán az sem segít, hogy a törvények megsértésének feltérképezése nehéz, ugyanis egyértelmű bizonyítékok hiányában nem lehet elítélni valakit.¹

A prevenció sikertelensége mellett a másik nagy problémát a bántalmazás következtében kialakuló problémák kezelésmódja jelenti. Mivel a következmények szerteágazóak lehetnek így minden problémával külön szakterület foglalkozik. Ha a szakemberek nem alkalmaznak holisztikus szemléletmódot, csupán a tüneteket kezelik, a bántalmazott felnőttek rehabilitálása nem fog sikeresen megtörténni, vagyis a kialakult problémák továbbra is fennállnak majd ez pedig kihat a környezetükre is. Ez végső soron tovább súlyosbítja, halmozza a bántalmazás következményeit így aktívan hozzájárul ahhoz, hogy még többen bántalmazás áldozatává váljanak.

Mindez arra inspirált, hogy dokumentumelemzéssel megvizsgáljam a gyermekbántalmazás tudományosan bizonyítható következményeit, illetve feltérképezem, hogy csaknem 8 évvel az UNICEF 2016-os felmérése után változott-e a magyar közgondolkodás a gyermekek bántalmazásával kapcsolatban.

1 UNICEF Magyar Bizottsága, 2016, Hol a határ Magyarországon

2., Fogalmi áttekintés

„A gyermek bántalmazása és elhanyagolása (rossz bánásmód) magában foglalja a fizikai és/vagy érzelmi rossz bánásmód, a szexuális visszaélés, az elhanyagolás vagy hanyag bánásmód, a kereskedelmi vagy egyéb kizsákmányolás minden formáját, mely a gyermek egészségének, túlélésének, fejlődésének vagy méltóságának tényleges vagy potenciális sérelmét eredményezi egy olyan kapcsolat keretében, amely a felelősségen, bizalmon vagy hatalmon alapul.”²

2.1., A bántalmazás típusai

A gyermekbántalmazásnak elsősorban két típusát különíthetjük el az aktív (cselekvő) és a passzív (elhanyagoló) bántalmazást. Aktív bántalmazásnak a fizikai, érzelmi és szexuális bántalmazást tekintjük, amíg passzívnak a gyermek fizikai vagy érzelmi elhanyagolását.³

Ugyanakkor az ACE tanulmány⁴ rámutat arra is, hogy a gyermekekre nézve hasonlóan káros, ha nem elszenvedője, de „nézője”, passzív résztvevője a családon belüli erőszaknak (például az anya vagy más, a gyermekkel közös háztartásban élő személy az abúzus áldozata, vagy akár a gyermek szeretett házikedvencével szemben tanúsít a szülő/gondviselő kegyetlen bánásmódot). A válás, a gondozók szenvedélybetegsége, mentális betegsége vagy a bűnözői életmód szintén súlyos következményekkel jár a gyermek fejlődésére nézve.

A bántalmazás történhet családon belül vagy kívül, illetve bántalmazásnak számít az is, ha valaki a gyermek bántalmazásának szemtanúja vagy tudomása van róla, de nem akadályozza meg és nem tesz ellene semmit.⁵

2 Dr. Árki Ildikó, Dr. Scheiber Dóra és Dr. Kovács Zsuzsanna, 2013, Gyermekbántalmazás és elhanyagolás

3 Pintér Ádám és Tóth Judit Nikoletta, 2017, A bántalmazott gyermekek – Gyermekjogok és gyermekbántalmazás,

4 Vincent J. Felitti, Robert Fandl és Tsai, 1998, The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study

5 Dr. Pászthy Bea, A bántalmazott gyermek

2.1.1., Aktív bántalmazás

Fizikai abúzus

A fizikai bántalmazás a gyermek ellen elkövetett, testi-lelki autonómiáját és integritását romboló cselekedet. Minden típusú sérülés vagy fájdalom okozása ide sorolható, pofon, ütés, csípés, szúrás, rázás, forrázás, megdobás tárggyal, lelökés, ellökés, rángatás, leszorítás, akadályozás stb.

A fizikai abúzus azért is jár különösen súlyos következményekkel, mert bármilyen formájának alkalmazása során a szülő/gondviselő elutasítja a gyermek autonóm személyiségét, a gyermek igényeit és vágyait a háttérbe szorítja és saját frusztrációja vagy dühé hatására a kontrollálást fizikailag gyakorolja a gyermekén. Ez a gyermek önálló személyiségének kialakulását, saját akaratának, vágyainak, igényeinek kielégítésére történő törekvéseit negatívan befolyásolja, súlyos esetekben érzelmeinek és érzeteinek megélésében is korlátozza (utóbbi akkor gyakori, ha a gyermek a negatív érzelmeinek kifejezésekor, illetve fizikai szükségleteinek jelzése miatt (pl. éhes vagyok, fázok) kapja a megtorlást.)

A fizikai abúzust általában aszerint osztályozzák, hogy milyen mértékű fizikai sérülést okoz, ugyanakkor nem ez a meghatározó abban, hogy érzelmi és mentális szinten milyen problémákat okoz a későbbiekben. Ezekben a fizikai bántalmazás gyakorisága és következetlensége a legmaghatározóbb. Épp ezért mindenképpen szeretnék részletesen kitérni a csekély mértékű fájdalom okozásával járó bántalmazás következményeire.

a) Kis mértékű fizikai károsodást okozó

Ide sorolható például a kézzel történő pofon, ütés, fenékre csapás, stb.,

A fizikai bántalmazás erőteljes fájdalom, lassan gyógyuló vagy maradandó károsodás nélkül is súlyos következményekhez vezet. A rendszeres és a gyermek számára kiszámíthatatlan bántalmazás hatására a gyermek újra és újra átéli a bántalmazója elutasítását, folyamatosan

egy lelkiileg feszült helyzetben van, készen állva a védekezésre vagy a fájdalom, megalázás, szégyen, büntudat eltűrésére. Már egyszeri bántalmazás is előidézi az alább felsorolt következményeket, azonban a rendszeres bántalmazás hatására a következmények súlyosabbak. **Rendszeres bántalmazásról akkor beszélhetünk, ha a bántalmazás több, mint egyszer előfordul.**

Az ilyen szülők többnyire titokban, büntetlenül bántalmazzák a gyermekeiket, hiszen maradandó lenyomat hiányában nehéz ezeket az eseteket felderíteni. A gyermek szégyen és büntudat érzete („Megérdemeltem.”, „Rossz vagyok.”) pedig nem engedi azt, hogy segítséget kérjen.

Megfigyelhető, hogy az ilyen szülők/gondviselők egy része nem ismerik fel, hogy bántalmazást követ el. Rendszerint minimalizáló jelzővel illetik az alkalmazott fizikai agressziót: „tasli”/”füles” stb., gyakran érvelnek azzal, hogy mivel az ütés nem teljes erőből történt nem volt fájdalmas, ezért nem tekinthető bántalmazásnak. Az ilyen kijelentések teljesen figyelmen kívül hagyják, hogy a fizikai agresszió érzelmileg mekkora fájdalmat tud okozni, illetve figyelmen kívül hagyja az eltérő erőviszonyokat is. A szülő valószínűsíti, hogy a gyermeke hozzá hasonló fájdalomtűrő képességgel bír, holott a gyermekek jóval érzékenyebbek egy felnőtt személynél és csekélyebb mértékű ütés is fájdalmas lehet a számukra! Csecsemők esetében pedig nemcsak fájdalmas, hanem akár végzetes is lehet.

Az ilyen szülők gyakran azzal érvelnek tettük helyessége mellett, hogy következetes nevelési módszert alkalmaztak egy olyan helyzetben, ahol a fizikai agresszió elkerülhetetlen volt. Ergo a gyermek autonómiájának letörését, a gyermek szülőnek való behódolását egy természetes és szükséges cselekedetnek tekintik, ahelyett, hogy a gyermek számára az önálló és megküzdésre képes fejlődéshez biztonságos környezet megteremtését tekintenék elsődleges fontosságúnak, ez pedig egyértelművé teszi, hogy a fizikailag bántalmazott gyermekek minden esetben ki vannak téve a szülő/gondviselő érzelmi bántalmazásának és/vagy elhanyagolásának is.

A csekély mértékű fájdalommal járó fizikai bántalmazás is súlyos negatív következményekkel jár:

- A gyermek-felnőtt közti bizalom sérül (a gyermek elutasítást, kiszolgáltatottságot él át olyan személytől, akitől a védelmet reméli)
- A gyermek-környezet közti bizalom csökkenése (a kiszolgáltatottság és védtelenség érzés nem meglepő módon a gyermek felfedezési vágyának, kreatív próbálkozásainak csökkenését eredményezi)
- Empátia csökkenése (a gyermekben kialakul az a kép, hogy ez a cselekedet nem tilos és bizonyos helyzetekben alkalmazható az pedig mellékessé válik, hogy az áldozat érzelmileg vagy fizikailag sérül következményképpen)
- Negatív problémamegoldó stratégiák tanulása („ha valami nekem nem tetszik, akkor a frusztrációimat, akaratomat így érvényre tudom juttatni”)
- A gyermek hibásan feltételezni kezdi, hogy büntetéssel lehet legjobban egy negatív dolgon változtatni (ez később például autoagresszív magatartás kialakulásához vezethet)
- Önbizalom csökkenése („Velem ezt meg lehet tenni”, „Megérdemeltem, tehát rossz vagyok!”)

b) Közepes mértékű fizikai károsodást okozó

Ide tartoznak a valamilyen, elsősorban ideiglenes lenyomatot hagyó/begyógyuló sérülések okozása, például véralfutás, vérzés okozása, haj megtépése, ellökésből származó horzsolások...

„Magyarországon az 1990-es évek közepén 15 ezer körüli bántalmazási esetet jelentettek a gyermekvédelmi szervezeteknek, ebből azonban jellemzően kevesebb, mint 20% származik az egészségügyi intézményekből. Becslések szerint ez a szám is csupán egyharmada lehet a tényleges bántalmazásoknak, egyes szakemberek pedig úgy vélik, akár 25 elleplezett eset is juthat egy feltáráshoz.

A bántalmazási esetek felderítése során a nyomozóhatóságok által alkalmazható jogkörök a legszélesebbek, ebből kifolyólag a büntetőeljárások során keletkező adatok jóval hitelesebbek más típusú adatgyűjtéseknél. A magas fokú látencia és az egyes büntetőjogi

tényállások ügyében a nyomozásokhoz szükséges magánindítvány gyakori hiánya miatt azonban a bűnügyi statisztikák mégis sokszor csak a „jéghegy csúcsának” tekinthetők.”⁶

c) Súlyos fizikai károsodást vagy halált okozó

○ Megrázott gyermek szindróma.

A mellkasánál, vállánál vagy végtagjainál fogva tartott csecsemő vagy kisgyermek erőteljes rázásából származó agysérülés. Intracranialis és intraokuláris vérzések jellemzik, **nyilvánvaló külső trauma nélkül**. Súlyos esetek halálhoz vezethetnek.⁷

„A kisgyermek eleinte nem tudja a fejét megtartani, mert a testéhez képest nagy és ezért amikor felemeli a szülő, ide-oda inog a nyakán, miközben a koponyában az agy csúszkál jobbra-balra. A gyermek rázogatója során, a kisgyermek sérülékeny koponyáján belül sérülések keletkezhetnek, az erek a kemény agyhártya alatt elszakadhatnak, amelyek azután belső vérzést okozhatnak. Ezeknek a vérömlenyeknek a következtében a gyermek szeme bevérizhet, akár meg is vakulhat, súlyosabb esetben pedig bénulás, szellemi visszamaradás is kialakulhat. A bántalmazásnak általában rögtön vagy egyáltalán nem tapasztalható külsérelmi nyoma, ezért nem is lehet azonnal észrevenni, hogy valami „rossz” történt a gyermekkel.”⁸

Az első klinikai tünetek különbözőek lehetnek, de ha a gyermek hány, nem mozog, letargiás vagy éppen túlságosan idegesen viselkedik, akkor mindenképpen oda kell rá figyelni, hogy mi is lehet e viselkedés kiváltó oka. Az mindenképpen egy fontos jel lehet, ha a gyermek kutacsa feszül, ugyanis vérömleny esetén az agyat teljesen kitöltheti a vér.

A szindróma felderítése első körben a házi gyermekorvosra tartozik, aki miután megállapította, hogy a kisgyermeknél valamilyen központi idegrendszeri probléma lépett fel, előírhat egy MRI vizsgálatot, amely a szöveti rendellenességeket tudja kimutatni.

6 Pintér Ádám és Tóth Judit Nikolett, 2017, A bántalmazott gyermekek – Gyermekjogok és gyermekbántalmazás

7 ICD-9-CM 995.55

8 Wikipédia szócikk, 2023, Megrázott baba szindróma

Akkor lehet egyértelműen kimondani, hogy a „megrázott baba szindrómáról” beszélünk, ha az MRI vizsgálat eredménye agyödémát állapít meg, valamint kétoldali vérzéseket az agyhártya alatt és a szemfenékvizsgálat bevérzett retina-ereket mutat ki. Ez a három tünet szinte 100%-os biztonsággal bizonyítja a szindróma meglétét.

A gyógyítás attól függ, hogy milyen korán veszik észre a betegséget és mennyire súlyos a kisgyermek állapota, ugyanis a tünetek sokszor hónapok, évek múltán jelentkeznek. A kórkép halálozása 20-25% körüli, az esetek több mint harmadában pedig a gyermekek maradandó neurológiai károsodást szenvednek. A bölcsőhalálok egy részénél is előfordulhat ez az ok.⁹

○ Csonttörések

A gyermekbántalmazásból adódó csonttörések felderítésében jelentős segítséget nyújt az ultrahang. Ultrahang segítségével nemcsak meglévő, de korábbi (és orvos által el nem látott) csonttörések is felderíthetők. Szonográfiával a csöves csontok további potencióális sérülésének felderítése végezhető el eredményesen. Ennek különösen a kisderek subperiostealis (csonthártya alatti) töréseinek esetén van nagy jelentősége. Ez esetekben a callus képződés (vagyis a csontforradási folyamat) gyorsabban végbemegy, ezért klinikailag nehezebben észlelhető, ha a gyermek nem kerül megfelelő időben orvoshoz, ugyanakkor az osszificálódó csonthártya alatti hematoma (vérömleny) jellegzetes képe sokáig vizualizálható.¹⁰

Gyermekebántalmazásból adódóan a leggyakrabban, több, mint 60%-os gyakorisággal a humerus törése következik be, gyakori még a femur és tibia törése, illetve a koponyatörések is gyakoriak (14%).¹¹

9 Wikipédia szócikk, 2023, Megrázott baba szindróma

10 Dr. Varga Marcell és mtsai, 2018, Gyermekkori csonttörések vizsgálata ultrahanggal

11 Dr. Pászthy Bea, A bántalmazott gyermek

A koponyatörés magas aránya különösen elszomorító, tekintve, hogy gyermekkorban az egyik vezető halálokok közé tartozik.

A koponyatörések kiszűrésének leghatékonyabb diagnosztikai módszere a mai napig szakmai vita tárgyát képezik, mivel a hagyományos kétirányú koponya röntgenfelvételek alacsony szenzitivitásúak, amíg a CT felvételek magas sugárterhelésük miatt nem alkalmazhatóak minden esetben vagy rutinszerűen. Az ultrahang abban az esetben hatásos, ha a csonttörés a duzzanat közelében alakul ki, így igazolni tudja a koponyacsont folytonosságának megszakadását.¹²

Ezek kívül szignifikáns a bordatörések száma is, a törés a bordán általában a posterolaterális lokalizációjú (hátról kapott erőteljes ütés következtében jelentkezik). Illetve előfordul, hogy különböző stádiumú törések figyelhetők meg a bordákon.

A csonttöréses esetek 17%-ban több, mint egy csont törik.¹³

- Zsigeri sérülések

Ütlegelés, rúgás következtében parenchymás szervsérülések kialakulása. Oka, hogy a hasfal nem tudja tompítani az ütest, így az tovább terjed a parenchymás (hasúri szervek) felé; lép, máj, hasnyálmirigy, de akár a vese (is) érintett lehet.

A zsigeri sérülések olyan súlyosak is lehetnek, hogy intenzív osztályon való ellátást, műtétet igényelnek.

Mivel a zsigeri szervek sérülése, sérülésük súlyossága kívülről nem látható, előfordul, hogy a gyermek nem kap időben orvosi segítséget. A bántalmazó gyakran aggódik, hogy a bántalmazásra fény derül, így nem viszi orvoshoz a gyermeket, a gyermek tüneteit (hányinger, komoly hasi- alhasi fájdalom) figyelmen kívül hagyja, házilag próbálja kezelni, nem tartja olyan súlyosnak.

12 Dr. Varga Marcell és mtsai, 2018, Gyermekkori csonttörések vizsgálata ultrahanggal

13 Dr. Pászthy Bea, A bántalmazott gyermek

- Égési sérülések (szándékos) okozása

Kényszerítés forró tárgy megérintésére, vagy a szülő/gondviselő érinti a gyermekhez a forró tárgyat. Leggyakoribb eszközök közé tartozik: cigarettacsikk, vasaló, kés, hajsütővas, gépkocsiszivargyújtó. Az égési sérülések okozásának 30%-os morálitása aránya van!¹⁴

- Fojtogatás

d) Gyermek (életkorának és fejlettségi szintjének nem megfelelő) dolgoztatása

A gyermekek által végzett munka nem minden formája minősül gyermekmunkának. A felszámolandó gyermekmunkát olyan gazdasági kizsákmányolásként definiáljuk, amely veszélyezteti egy gyermek iskoláztatását, egészségét, illetve a fizikai, szellemi, lelki, erkölcsi fejlődését.¹⁵

Világszerte körülbelül 218 millió 5–17 éves gyermeket érint a munkában való foglalkoztatottság. Közülük mintegy 152 millió áldozata a gyermekmunka kizsákmányoló gyakorlatának és csaknem 73 millióan veszélyes munkát végeznek.¹⁶

A gyermekmunka által érintettek csaknem fele Afrikában él; de közel ennyien vannak Ázsiában. A 152 millió gyermekmunka áldozatnak közel fele 5–11 éves. 42 millió (28%) 12–14 éves; és 37 millió (24%) 15–17 éves. Az életveszélyes gyermekmunkának minősülő gyakorlat a 15–17 éveseket sújtja leginkább, de sok a 12 év alatti gyermek is. A nemi differenciál vonatkozásában azt találjuk, hogy a 152 millió gyermek közül 88 millió fiú és 64 millió lány.¹⁷

Fontosnak tartom megemlíteni, hogy a gyermekek pénzügyi kizsákmányolása egy egészen más, új formában is elkezdett megjelenni világszerte. A szociális média felületek, (mint

14 Dr. Pászthy Bea, A bántalmazott gyermek

15 UNICEF, Gyermekmunka elleni küzdelem

16 UNICEF, Gyermekmunka elleni küzdelem

17 UNICEF, Gyermekmunka elleni küzdelem

például a TikTok, Youtube) az oldalra feltöltött tartalmak és a feltöltött tartalmakhoz csatolt reklámok, sponzorshippek, affiliate linkek stb. által biztosít pénzügyi vagy termékek által képviselt jutalmat. Egyre több ember, ún. „influencer” szerez azzal jelentős pénzügyi bevételt, hogy reklámtartalmakat készít, ezzel egyidejűleg a szülők/gondviselők által működtetett profilokon a gyermekek is egyre gyakrabban jelennek meg. Néha a szociális média veszélyeiről kevés tudással rendelkező felnőttekről van szó, akik aranyos videókat készítenek a gyermekükről, s ezeket azzal a céllal töltik fel a szociális média felületekre, hogy más szülőkkel és leendő anyákkal megosszák a tapasztalataikat. Ugyanakkor azzal nincsenek tisztában, hogy ezeket a videókat bárki megnézheti, bárki letöltheti, megszerezheti, illetve az internetre feltöltött tartalmak örökre a világhálón maradnak, még akkor is, ha a feltöltő törli a tartalmat, a feltöltéshez felhasznált felületeken, illetve a tartalmakat letöltő személyeknél a tartalom megmarad.

Súlyosabb esetben **a szülő/gondviselő kifejezetten kizsákmányolási szándékkal készít videókat, fotókat, hogy a gyermek által nézettséget és pénzügyi bevételt szerezzen.** Ez nemcsak a gyermek személyét sodorja veszélybe az által, hogy a gyermek személyét felfedő tartalmak kerülnek fel róla az internetre, hanem komoly stressz alá is helyezi a gyermeket.

Az ilyen gyermekek jelentős része arra van kényszerítve, hogy színészként viselkedjen a kamerák előtt, táncokat tanuljanak be, tárgyakat szereljenek össze (azt bizonyítva, hogy a tárgy összeszerelése olyan egyszerű, hogy egy gyerek is képes összeszerelni) stb., gyakori, hogy a szépség- és higiénés termékeket reklámozó tartalmak miatt a gyermeket kinézetét is nyomás alá helyezik, pl. a gyermeket éheztetik, hogy elég vékony legyen a kamerák előtt, vagy az elkészült videókon, fényképeken a szülő/gondviselő ún. „filtert” tesz a gyermekekre, amely a szülő/gondviselő reményei szerint növelheti a nézőközönséget. A filterek apró változtatásokat képesek csinálni a gyermek arcán, testén, stb., a szülő/gondviselő úgy ítélheti meg, hogy egyes filterek „előnyösebbnek” mutatják a gyermeket, vagyis a nézőközönség által a gyermek kinézete pozitívabb megítélést kap majd, ami végsősoron magasabb bevételt jelent. A gyerek számára összezavaró és kétségbeesztő lehet, ha azt látja, hogy ő maga nem úgy néz ki a valóságban, mint ahogy a róla készült képeken, felvételeken, ez súlyos önbizalomhiányhoz, testépzavarhoz vezethet.

A legsúlyosabb bántalmazásnak valószínűleg a vlogger szülők/gondviselők gyermekei vannak kitéve, hiszen a szülők/gondviselők a gyermekek életének minden mozzanatát kamerára veszik és megosztják. A gyermek privát szférája megszűnik. Gyakorlatilag naponta 24 órát kell dolgoznia, hiszen folyamatosan kamerák veszik, ami végsősoron a bevétel szerzése miatt történik.

Hogy a gyermek mekkora stressznek van kitéve jól látható az olyan tartalmakból, amelyek véletlenül kerültek fel az internetre. A gyermekről készült felvételeket és képeket a kizsákmányolást elkövető szülő/gondviselő a közzététel előtt szerkeszti, megvágja, hogy egy idealizált kép alakuljon ki a követőtáborban a gyermekről, a kizsákmányolóról és a családról. Előfordul azonban, hogy ez a szerkesztés, megvágás véletlenül nem történik meg, ekkor lehetünk tanúi a színpalak mögötti bántalmazásnak. A szülő/gondviselő mindent megtesz azért, hogy a gyermek az elvárásainak megfelelően viselkedjen a kamerák előtt. Az egyik leginkább elhíresült eset, amikor egy vlogger anya a síró kisfiát fotózta, hogy egy videóhoz kezdőfotóként használja fel.¹⁸

Mindemellett azok a gyermekek, akiket a szülő/gondviselő rendszeresen szerepeltet a közösségi médiában ki vannak téve az iskolai zaklatás magasabb rizikójának is. A róluk készült fotók és felvételek ugyanis az osztálytársak, iskolatársak számára is megszerezhetőek, elérhetőek és ez által felületet biztosítanak a támadásra. Arról nem is beszélve, hogy a képek és videók bárki számára elérhetőek, így a gyermek a pedofiloknak való kitettsége is magasabb rizikófaktorú lehet.

A gyakorlatilag gyermek (szerepeltetése) által megszerzett pénzhez a gyermek nem fér hozzá, hanem az őt „alkalmazó” szülő/gondviselő szerzi meg a bevételt.

A gyermekek kizsákmányolásának és dolgoztatásának ez a területe még kevésbé kutatott, tekintve, hogy új területről van szó.

e) Münchausen by proxy¹⁹

18 <https://www.youtube.com/watch?v=-MVCpGPWpQ4>, utolsó letöltés dátuma: 2024.04.23.

19 Joeli Hettler MD, 2007, Pediatric Clinical Advisor (Mádosik kiadás)

A szindrómát először Roy Meadow jegyezte le 1977-ben. A gyermek gondviselője, (az esetek többségében az anya), annak reményében, hogy szeretetet, elismerést és figyelmet kap, úgy tesz, mintha a gyermeke súlyos betegségben szenvedne. A szindrómának e mellett lehet anyagi motivációja is, pl. a bántalmazó gyűjtéseket szervez a „gyermeke gyógyulásáért”.²⁰

A tünetkeltés módszerei nagyon változatosak, pl. nem ad enni a gyermeknek és a fogyást megmagyarázhatatlan betegségnek tulajdonítja, a gyermek vizeletébe vért kever, etetőkatéter beszennyezése, gyógyszerek helytelen adagolása, fojtogatás, de előfordul, hogy a bántalmazó egyszerűen hazudik a gyermek tüneteiről, meghamisít orvosi leleteket stb.

Az áldozatok 30%-a belehal a tüneteibe, az életben maradók túlnyomó része pedig maradandó károsodást szenved.²¹

A szindrómát rendkívül nehéz diagnosztizálni. Gyakori, hogy az áldozat még túl kicsi ez által könnyen befolyásolható, önmaga is elhiszi, hogy a bántalmazója által leírt betegség tünetek igazak rá. A bántalmazó teljes kontrollt gyakorol áldozata felett, ő az áldozat egyetlen barátja, az egyetlen, akire támaszkodhat, így az áldozat nem mer szembe szállni az anyával.

Gyakran az orvosok is tehetetlenül állnak az ilyen esetek előtt, mert minden próbálkozásuk ellenére a gyermek állapota nem javul, nem találják a megfelelő kezelésmódot, diagnózist és ritka betegséget feltételeznek.

A bántalmazó viselkedése gyakran nagyon megnyerő. Aggódó, szeretetteljes áldozatnak tűnik, aki a kínok kínjait éli át, hiszen tehetetlenül kell néznie a gyermeke szenvedéseit. Gyakori, hogy a bántalmazó otthagyja munkahelyét is arra hivatkozva, hogy több időt tölthessen a beteg gyermekével, így tüntetve fel magát önfeláldozónak.

20 Joeli Hettler MD, 2007, Pediatric Clinical Advisor (Mádosik kiadás)

21 Dr. Pászthy Bea, A bántalmazott gyermek

A Münchausen by proxy jelenségnek ugyanakkor megfigyelhetőek jellegzetes gyanújelei is:

- A bántalmazó általában magasan kvalifikált (az esetek többségében egészségügyi dolgozó)
- A bántalmazó általában az édesanya
- A gyermek állapota a kórházban javul, azonban rögtön romlásnak indul, amint kiengedik a kórházból
- A gyermek tünetei ellentmondásosak, a betegség szakmailag megmagyarázhatatlan
- A bántalmazó által leírt tünetek a kórházi tartózkodás alatt nem megfigyelhetőek, vagy csak akkor/az után, hogy a bántalmazó látogatta a gyermeket
- Nagyon erős gyanúra ad okot, ha a bántalmazó felügyelete alatt már korábban előfordult egy gyermek halála vagy súlyos betegsége, amelynek megmagyarázhatatlan, különös tünetei voltak
- Gyakori orvosváltás, esetleg költözéshez kötött orvosváltás (amint a lebukás veszélye fenyegetni kezdi a bántalmazót, orvost vált, vagy akár el is költözik, az új orvos előtt, aki még nem fogott gyanút, újra eljátszhatja az aggódó gondviselőt)
- A bántalmazó szenvedélyesen sóvárog a szeretetért és elismerésért, melyet a beteg gyermekének odaadó ápolásáért remél megkapni
- A bántalmazó folyamatosan saját szerepét hangsúlyozza a gondoskodásban
- A bántalmazó minden alkalommal új történetekkel áll elő, amellyel a gyermek állapotának súlyosságát akarja igazolni
- A bántalmazó ragaszkodik a kórházi ellátáshoz, keresi a kezelőorvos társaságát, újabb történeteket ad elő, hogy kimutassa aggodalmát. Az elsődleges szociális támaszt az egészségügyi hálózat jelenti számára, így mindent megtesz azért, hogy ő legyen a „főszerepben”, az ő odaadó ápolása és lelki ereje elismerésre, magasztalásra kerüljön
- A közösségi médiának köszönhetően az újabb eseteknél megfigyelhető, hogy a bántalmazó olyan képeket készít a gyermekéről, ahol minél betegebbnek tűnik, ezeket a képeket osztja meg minden felületen, a témához kapcsolódó hozzászólásokban mindig a saját szerepét, az odaadó ápolásra vonatkozó nehézségeket hangsúlyozza támogató, elismerő válaszokat remélve vagy esetleg saját befolyásosságának növelése céljából (pl. az emberek sajnálatára és jóindulatára

építkezve több embert tud elérni a gyermek egészségügyi ellátására vonatkozó pénzügyi támogatás gyűjtésének szervezésénél, beteg gyermekek szüleit támogató csoportok létrehozása, ahol szakmai kvalifikáltságát és önfeláldozását bizonygathatja, gyermekegészségügyi szervezetek alapítása)

Néhány híresebb eset, ahol fény derült bántalmazásra: Kathy Bush esete, Gypsy Rose esete.

Érzelmi abúzus

Az érzelmi bántalmazás sokkal nehezebben felismerhető, bizonyítható, mint a fizikai. Az okozott sérülés zavarodottságot, félelemet, szégyent, reménytelenséget, alacsony önértékelést, súlyos érzelmi, magatartásbeli és mentális zavart eredményez.^{22,23}

Nanon Talley továbbá megfogalmazza, hogy az érzelmi bántalmazás az egyik személy kísérlete arra, hogy elvegye a másik önrendelkezését és átvegye felette az irányítást olyan szavak és viselkedés által, amelyekkel manipulálja az illető érzéseit és döntéseit.^{24,25}

Az érzelmi bántalmazás leggyakoribb jelei:

- Sértegetés
- Lenéző módon beszél a gyermekről mások előtt
- Nyilvánosan vagy négy szemközt megszégyeníti, megalázza a gyermeket
- Leszólja és lekicsinyli az eredményeit és a teljesítményét
- A gyermeket okolja a saját cselekedeteiért, nem vállal felelősséget
- Büntudatot kelt a gyermekben (pl. „Én ruházlak, én etetlek, te pedig még *ezt* sem vagy képes megtenni, te hálátlan kölyök!”)
- Szociális közegetől való elszigetelés, izoláció
- Megszabja, mivel töltse a gyermek az idejét

22 Nanon Talley, 2020, Az érzelmi bántalmazás felismerése

23 Dr. Pászthy Bea, A bántalmazott gyermek

24 Nanon Talley, 2020, Az érzelmi bántalmazás felismerése

25 Dr. Pászthy Bea, A bántalmazott gyermek

- Fenyegetőzés, megfélemlítés
- Gyengédség, empátia megtagadása, feltételekhez kötése
- Érzelmileg kiszámíthatatlan szülő
- Bizarr büntetésmódok alkalmazása
- Szülői ellenségesség
- Mellőzés
- Állandó kritizálás
- Deviáns viselkedésre tanítás

Mindebből jól látható, hogy az érzelmi abúzus egyik leggyakoribb formája a verbális agresszió. A verbális agresszió típusait Borbás Gabriella Dóra gyűjtötte össze.²⁶

1. A valóság elferdítése

- a) Titkolózás
- b) Be nem tartott ígéret
- c) Hazugság
- d) Bántalmazó mondat szerkezet (pl. „**Nem akarlak** megbántani, **de...**”)
- e) Büntudatkeltés, vádaskodás (Vádaskodás pl. „Hová tetted a kocsim iratait?” mondja az agresszor, holott az áldozat nem is látta a kocsiradatait. A büntudatkeltésre tipikus példa, hogy az agresszor kérdésnek álcázva kelt büntudatot az áldozatban. Ebben az esetben a kettős mérce figyelhető meg, hiszen az agresszornak nem kell betartani azokat a dolgokat, amiket az áldozattól elvár: pl. „Ne gyere be sáros cipővel, légy szíves!” az agresszor azonban sáros cipővel járka a házat. Legdurvább formája, amikor az agresszor úgy kelt büntudatot, hogy az áldozatot okolja olyan dolgokért, amik rosszul sikerültek. pl. kocsiban ülnek és leeresztik előttük a vasúti sorompót: „Látod, ha nem tötörögtél volna annyit, most nem kéne megvárni a vonatot!”)
- f) Híresztelés (intrika, pletyka)
- g) Tagadás

26 Borbás Gabriella Dóra, 2020, A verbális agresszió kevésbé nyilvánvaló esetei és leleplezésük

- h) A bántalmazás tagadása (pl. „Ezt csak kitaláltad!” / „Semmiségeken húzod fel magad” / „Te megőrültél, sosem mondtam rád, hogy hülye vagy!”)
- i) Megőrijtés (angolul „gaslighting”. A tagadás notórius fajtája. A bántalmazó személy egy alternatív valóságot épít fel és ennek megfelelően folyamatosan megkérdőjelezi az áldozat memóriáját, ítélőképességét az igazságról. A manipulátor a tartós tagadást, a félrevezetést, az ellentmondást és a hazugságot használva megpróbálja destabilizálni a célszemélyt. Végül az áldozat már önmaga is megkérdőjelezi saját épelméjűségét és behódol a bántalmazó alternatív valóságának. Gyakori, hogy a laikusok, kívülállók egyáltalán nem észlelik a bántalmazást. A bántalmazó szimpatikusnak, magabiztosnak, összeszedettnek tűnik és a kívülállók szemében szegényre rá van utalva a bántalmazott fél, aki ideggyengének és furcsának tűnik.
- j) Érzelmi megőrijtés (A bántalmazó ebben az esetben az áldozata érzéseit, érzelmeit érvényteleníti.)²⁷

2. Homlokzatrombolás

- a) Nyilvános megalázás (Burkolt formában nehezebb felismerni, akár egy másik ember ártatlan csodálatának is tűnhet: pl. „Te mikor fogsz ilyen jó jegyeket szerezni?” / „Te mikor tanulsz meg ilyen szép frizurát csinálni?” Egy másik példa a nyilvános megalázásra a kevésbé burkolt forma pl. tanár mondja gyermeknek az osztály előtt: „Olyan rossz fogalmazást írtál, hogy felolvasom elrettentő példának!”. Ebbe a kategóriába tartozik a titkok, intim információk továbbadása is.) Alkategóriáit a szerint csoportosítjuk, hogy a nyilvános megalázásnak mi a célpontja. Ez lehet az áldozat:
 - Személyisége
 - Kompetenciája
 - Fizikai megjelenése
- b) Megalázás (Négyszemközt zajlik. Ide tartozik az ítélkezés, prédikálás, megalázás, sértegetés, becsmélés, lebecsülés, lekicsinylés, leszólás, lekezelés,

27 Borbás Gabriella Dóra, 2020, A verbális agresszió kevésbé nyilvánvaló esetei és leleplezésük

szurkálódás, provokálás pl. „Hülyeség amit mondasz!” / „Nem értesz semmihez!”)²⁸

- c) Agresszornak beállítás (Gyakori, hogy mindezt az egyik szülő műveli a másikkal a közös gyermekek előtt.)
- d) Negatív jövőjóslat (pl. „Felesleges ennyit tanulnod, ilyen ésszel úgysem fognak felvenni az egyetemre”)
- e) A létezés megkérdőjelezése (pl. „Minek él az ilyen?” / „Néha azon gondolkodom minek születtek meg!” / „Bárcsak hallgattam volna anyámra... (és ne lenne gyerekem)!”)
- f) Nyelvhasználat kéretlen kritizálása.

3. Félelemkeltés

- a) Megfélemlítés (pl. „Ha még egy négyest kapsz, költözhetsz apádhoz!” Ide sorolható a zsarolás, fenyegetés, zaklatás, behálózás (grooming), szívatás, bullying, online zaklatás, uszítás, gyűlöletbeszéd, illetve a szorongáskeltő helyzet teremtése pl. a tanár szándékosan hosszasan húzza az időt mielőtt elárulja a vizsga eredményét. Gyakori példa a megfélemlítésre az agresszióval vagy autoagresszióval (öngyilkossággal, önsértéssel) való fenyegetés.)
- b) Kontrollálás (A bántalmazó irányítja az áldozat életét. Gyakori, hogy azzal indokolja a bántalmazást: „Csak azt akarom, hogy boldog legyél!”.)
Alkategóriái:
 - Fizikai
 - Szellemi
 - Lelki
 - Anyagi
 - Ide tartozik a szociális elszigetelés is, nyílt tiltással vagy manipulációval pl. „A barátnőid mind hülyék, teletömik a fejed baromságokkal!” „Tényleg ebben a ruhában akarsz találkozni a barátoddal?”

- c) Parancsolgatás (Ide tartoznak: parancsolás, követelőzés, nem korrekt kérdés, elvárás, utasítás. Gyakori kettős mérce használata és az irreális elvárások.)
- d) Győzködés (Akaratának, életmódjának, véleményének (stb.) ráerőltetése a másokra. Az áldozat hiába tiltakozik, nem hagyja abba a győzködést, arra vár, hogy áldozata kifáradjon és belenyugodjon a másik akaratába. Vagy arra számít, hogy az áldozata udvariasnak akar tűnni és engedni fog.
- e) Szexuális jellegű agresszió (Lehet akár bóknak, dicséretnek álcázott, pl. „De szép melled van kicsikém!” az áldozat ellenkezése gyakran további agressziót vált ki: „De prűd vagy!” / „Egy bóknak se bírsz örülni?”. Megjelenhet úgy is, hogy a bántalmazó szexuális tevékenységre próbálja rávenni az áldozatot pl. „Meglátod jó lesz!”)
- f) Spirituális agresszió (pl. a bántalmazó valamilyen spirituális indíttatásra hivatkozva befolyásolja áldozatát arra, hogy alárendelje magát az akaratának)²⁹

4. A lelkerő amortizálása

- a) Notórius ellenkezés (pl. „Dehogyan volt jó ez a film!”)
- b) Dühkitörés (Irracionális düh)
- c) Hangulatrombolás (Állandó morgás, az áldozat(ok) hangulatának letörése, veszekedés provokálása, állandó panaszkodás. pl. „Jaj de gyűrött vagy!” / „Csak nem vagy beteg? Rosszul nézel ki!” / „Te még mindig nem éled meg az élet szépségeit!” – mondja a bántalmazó, pedig az áldozatnak semmi baja. A panaszkodás általában fennhangon történik pl. „Ez is velem történik!” Az átkozódás is ide tartozik, melynek tartalma lehet egy valós vagy képzelt ellenség felé irányítva pl. a kormány, bankárok, népcsoport.)
- d) Leforrázás (A lelkesedés és sikerélmény letörése. pl. „Nem tesz jót neked ez a képzés, olyan fásult lettél” (valójában nem akarja, hogy a továbbképzés elvégzése után előléptessék párját). Boldogan meséli sikeres vizsgáját az áldozat, a szülői válasz: „Mi nem arra neveltünk, hogy öntelt legyél.” vagy fenyegetően: „Maradjon is így!”)

- e) Kommunikációs szadizmus (A bántalmazó olyan helyzeteket teremt, ahol az áldozattal jó hangulatú beszélgetésbe elegyedik, úgy tűnik, hogy egyetértés van köztük, majd a bántalmazó váratlanul vált és megalázza az áldozatát. pl. A beszélgetés elején úgy tűnik, hogy a bántalmazó egyenrangúnak kezeli kommunikációs partnerét, majd hirtelen úgy kezd beszélni hozzá, mint egy buta gyerekhez. Az áldozat ezt a zuhanást meg is éli.) Azért szadizmus a megnevezés, mert úgy tűnik, az elkövető kimondottan edzi magát a minél nagyobb fájdalom okozására.)
- f) Kritizálás (Inkorrekt kritika)³⁰

5. A cselekvés hiánya

- a) Megfosztás (A másik megfosztása a melegségtől, empátiától, támogatástól, dicsérettől, köszönetektől, közös tervezéstől, megbecsüléstől, tisztelettől, ösztönzéstől, figyelmességtől, törődéstől, érdemi segítségtől, sikerei elismerésétől, véleménye elfogadásától, személyisége pozitív értékelésétől, egyenlőségtől, bocsánatkéréstől, nyugalomtól, a lelki biztonság élményétől, a fontosság érzésétől. (Szidás rendszeresen, dicséret, kérdés, köszönet, bocsánatkérés soha/nagyon ritkán.) A megfosztás különösen romboló lehet gyermekkorban a szülőtől elszenvedve. Ha a szülő sosem (vagy szinte sosem) fejezi ki, hogy támogatja gyermekét, elismeri, csodálja személyiségét, komolyan veszi érveléseit, ötleteit, terveit. Nem büszke rá, nem gratulál eredményeihez. (Előfordulhat, hogy az így felnőtt gyermek olyan értéktelennek tartja majd magát, hogy elfogad egy olyan párt, aki szintén így bánik vele.)
- b) Cinkosság. (Hagyja, hogy bántsanak valakit, nem védi meg, nem tesz semmit, pusztán szemléli az eseményeket. pl.: „Öcs: Hogy bírná egész nyáron, életében nem dolgozott! Húg: És angolul sem tud rendesen, el fogja szúrni, meg sem fogják érteni. Anya: Még meggondolhatod magad, jobb neked itthon. Apa nem szól, csak megvető pillantásokat vet a lányára...” Az is a cinkosságba tartozik, amikor valaki a bántalmazóval és a jelenlevőkkel együtt neveti ki az áldozatot.)

6. Érdemi kommunikáció hiánya

- a) Mellébeszélés (A beszédtema elterelése, másról beszélés abból a célból, hogy ne kelljen megbeszélni valamit, vagy meghallgatni a másikat, vagy érdemi választ adni.)
- b) Nem reagálás (pl. „Nem vagyok hajlandó hülyeségekről beszélni” / „Tudsz újat is mondani?” / „Részemről befejeztem!”)
- c) Bagatellizálás (Elsősorban a bántalmazott fájdalmának lekicsinylése pl. „Túl érzékeny vagy!”)
- d) Leuralás (A bántalmazó nem hagyja szóhoz jutni a másikat, folyamatosan közbeszól, kérdésekkel bombázza az áldozatát, de a válaszaire nem figyel. Társaságban, ha valmiről kérdezik az áldozatát, akkor helyette válaszol. Ugyan nem mindig közbevágás agresszió, az egyik legtipikusabb példa erre a „Befejezhetem a mondanivalóm?” közbevágás. Sokszor együttműködő közbevágásra érkezik válaszként, és fenyegető mivolta miatt gyakran „megfagy a levegő” a társalgó felek között, egyben a másik beszélőt nyilvánosan meg is alázza.)
- e) Kioktató válasz (Kioktatás, inkompetensnek beállítás érdemi válasz helyett. pl. „Tényleg ilyen hülye vagy?” / „Hülyeségeket kérdezel!” Ide tartozik az is, amikor mások előtt a bántalmazó elkezd magyarázni egy olyan témát az áldozatának, amellyel tisztában van, a bántalmazó ezzel azt a látszatot kelti, hogy az áldozata inkompetens, tájékozatlan, buta.)
- f) Kinyilatkoztatás (Csak a bántalmazónak lehet igaza pl. „Azért mert azt mondtam!” / „A vegetáriánusok hülyék!” / „Női logika...” Partnere önálló véleményét, döntéseit megkérdőjelezi vagy megsemmisíti (érvelés nélkül, tények figyelembevétele nélkül). Esetleg (vehemens) támadja beszédpartnere érvelését úgy, hogy nem is azt cáfolja, amit partnere állít, ezzel inkompetensnek feltüntetve a másikat (szalmabáb érvelés/árnyékbokszolás)³¹

7. Álcázott agresszió

31 Borbás Gabriella Dóra, 2020, A verbális agresszió kevésbé nyilvánvaló esetei és leleplezésük

- a) Viccnek álcázott agresszió (Megbántja áldozatát, majd azt mondja, hogy csak viccből tette. Ha az áldozat védekezik, lekezelően mondja pl.: „Nem érted a viccet!”³²)
- b) Korrektségnek álcázott agresszió (A bántalmazást azzal magyarázza, hogy ő mindig is ilyen volt és valójában az áldozat változott meg, vagy viselkedik irracionálisan. pl. „Én megmondtam, hogy ilyen vagyok!” / „Mindig is ilyen voltam, te változtál!”)
- c) Alkalmazkodásnak álcázott agresszió (Úgy tesz, mintha alkalmazkodna, ezt is állítja, de valójában irányítja a másikat. pl: Akkor majd akkor indulunk, amikor jó neked – mondja. Majd később közli, hogy: Szólok, ha jó nekem. Majd már úgy jelentkezik legközelebb, hogy megkérdi: Akkor szerinted indulhatunk? Mintha végig a másakra kellett volna várni. Rendkívül összezavaró, mert fölöttébb határozottan műveli, áldozata mellette tehetetlennek tűnik, mivel nem érti, mi zajlik.)
- d) Aggódásnak álcázott agresszió (pl. „Jaj, nem tudom képes leszel-e megtanulni vezetni...”)
- e) Féltékenységnak álcázott agresszió (pl. „Nem vagy képes megérteni, hogy azért kell folyton halljam a hangod, mert szeretlek. Miért nem vetted fel a telefont?”)
- f) Dicséretnek álcázott agresszió (pl. „Fiam, nem gondoltam volna, hogy magadtól meg bírod írni 4-esre, nem is vagy te olyan buta. Ezek szerint eddig nem igyekeztél eléggé.”)
- g) Segítségnek álcázott agresszió (A bántást segítségnek, támogatásnak, ajándéknak, tanácsnak álcázza. pl. „Na, gyere, megcsinálom, ne szerencsétlenkedj!” / „Látod, ha te csináltad volna, most nem ez lenne az eredmény!” Ez többnyire úgy zajlik, hogy az uraló semmiben nem egyeztet, tehát gyakran igazából árt áldozatának, mert valamit megtesz, amit nem is akart az illető, illetve úgy teszi meg, ahogyan az a másik fél számára nem jó. Annyit dolgoztam rajta, miért nem örülsz a bulidnak? Te sosem vagy hálás. (Előtte megbeszélték, hogy nem szeretne bulit az ünnepelt, sőt, végül az ünnepeltnek kell kitakarítania.)

32 Borbás Gabriella Dóra, 2020, A verbális agresszió kevésbé nyilvánvaló esetei és leleplezésük

- h) Sajnálatnak álcázott agresszió. (pl. „Ez szörnyű, hogy kirúgtak!” – mondja mosolyogva.)
- i) Érdeklődésnek álcázott agresszió. (Csak olyat kérdez, amiről azt reméli, valamilyen kudarcos választ fog hallani, mennyire nem sikerült a kérdezettnek valami. Ha kérdez, és partnere lelkesen meséli, mennyire jól sikerült minden, elveszti érdeklődését, nem hallgatja tovább, témát vált, berekeszti a beszélgetést.
- j) Kedveskedésnek álcázott agresszió. (Kedveskedésnek álcázza a hierarchia megjelenítését. Formális közegben történő bizalmaskodás, letegezés, becézgetés, keresztnéven szólítás, leereszkedő stílus.)
- k) Elhagyási szándéknak álcázott agresszió (pl. a szülő elhiteti a gyermekeivel, hogy elhagyja őket, majd nagy érzelmi hullámhegyek és hullámvölgyek generálása után mégsem megy „világgá”).³³

Fontosnak tartom kiemelni, hogy érzelmi bántalmazásnak a csecsemők is ki vannak téve.³⁴

- a) Elutasítás: a szülő/gondozó elutasítja a csecsemő kötődés igényét, azaz azt az igényét, hogy fizikai és lelki szükségleteinek kifejezésekor a felnőtt rendelkezésére álljon.
- b) Terrorizálás: a szülő/gondozó nincs tekintettel a csecsemő tűrőképességére, amikor a gyereket hirtelen változások, erős ingerek érik.
- c) Ignorálás (semmibe vétel): amikor a szülő/gondozó tartósan nem válaszol a csecsemő spontán megnyilvánulásaira.
- d) Izolálás: a szülő/gondozó megakadályozza, hogy más pótszülő helyettesítse őt ezekben a helyzetekben.
- e) Megvesztegetés: a szülő/gondozó inadekvát magatartást serkent a gyermeknél, esetleg drog vagy alkohol hatásának teszi ki a csecsemőt.

33 NANE, 2016, A gyerekek elleni szexuális visszaélés

34 Édes Regina, 2021, A gyermekbántalmazás megítélésének és felismerésének vizsgálata kora gyermekkorban a bölcsődékben

Szexuális abúzus

„Gyerekek elleni szexuális visszaélésnek nevezzük, amikor egy felnőtt vagy az áldozatnál jóval idősebb gyermek arra használja hatalmát és befolyását, hogy egy gyereket valamilyen szexuális tevékenységbe vonjon be. Mivel egy gyermek az életkoránál és függő helyzeténél fogva sosincs abban a helyzetben, hogy tájékozott, tudatos döntést hozzon egy szexuális cselekményről, ezért minden olyan szexuális tevékenység, amely felnőtt és gyermek között történik, abúzusnak – azaz visszaélésnek, erőszaknak – tekintendő. Gyerekek között történő szexuális abúzusról olyan esetekben beszélhetünk, amikor az életkori különbség jelentős (legalább 3 év), és amikor az idősebb gyermek tudatosan és szándékosan saját maga szexuális ingerlése, kielégülése, illetve hatalmának gyakorlása céljából használja a másik gyermeket.”³⁵

Aszerint, hogy a bántalmazás folyamata során létrejön-e testi kapcsolat a felek között, két típust különíthetünk el.^{36,37}

- Érintéssel járó abúzusnak számítanak:
 - szexuális töltetű érintés vagy ugyanilyen érintésre való felszólítás vagy kérés
 - fogdosás, dörgölözés
 - szájjal való szexuális jellegű érintés
 - bármilyen behatolás (hüvelyi, anális, orális)^{38,39}
- Érintés nélküli abúzusnak számítanak:
 - a gyermek szexuális töltetű fényképezése
 - pornográf felvételek mutatása a gyerekeknek

35 NANE, 2016, A gyerekek elleni szexuális visszaélés

36 Dr. Pászthy Bea, A bántalmazott gyermek

37 NANE, 2016, A gyerekek elleni szexuális visszaélés

38 Dr. Pászthy Bea, A bántalmazott gyermek

39 NANE, 2016, A gyerekek elleni szexuális visszaélés

- a gyermek jelenlétében történő maszturbáció vagy szexuális aktus
- szexuális történetek mesélése
- szexualizált légkör teremtése: szexualitáshoz köthető szó, hangnem és hangulat használata a gyerekekkel való kommunikációban, illetve ezek használata a gyerek jelenlétében
- online abúzus: a gyerek és az elkövető között zajló, szexuális töltetű chatezés, illetve gyerekekről készült, pornográf jellegű képek gyűjtése, terjesztése.^{40,41}

Szexuális bántalmazás elkövetője nem csak pedofil lehet. **Az elkövetők 93%-a, a gyermekkel kapcsolatban álló ismerős vagy családtag!** Az elkövetők 85-99%-a férfi, nagy részük heteroszexuális. Áldozatuk általában nemtől független, ugyanis **a szexuális abúzus elkövetőjének nem az áldozat neme, hanem kiszolgáltatottsága a vonzó.** A gyerek teste tárgy, eszköz csupán arra, hogy az elkövető a hatalmát gyakorolhassa.⁴²

A serdülőkorú elkövetők aránya 20-30%-ra tehető. Gyakori, hogy a bántalmazóvá váló serdülők maguk is ki voltak téve szexuális bántalmazásnak.

A családtag által elkövetett szexuális abúzust incestusnak nevezzük. Az incestus különösen súlyos következményekkel jár, mert rendkívüli mértékben alááshatja a gyermek biztonságérzetét és a világba vetett bizalmát, hogy épp az bántja, akinek elvileg védenie és szeretnie kellene őt. Ráadásul ezekben az esetekben a gyakori találkozás vagy együttélés miatt általában hosszabb ideig tart a visszaélés, és annak is csökken az esélye, hogy a gyermek korán kikerüljön a bántalmazó személy környezetéből, és szakszerű segítséget kapjon.⁴³

40 Dr. Pászthy Bea, A bántalmazott gyermek

41 NANE, 2016, A gyerekek elleni szexuális visszaélés

42 NANE, 2016, A gyerekek elleni szexuális visszaélés

43 NANE, 2016, A gyerekek elleni szexuális visszaélés

Szexuális abúzus gyanújelei:

Kisgyermekkor: ismeretlen eredetű vérzés, folyás, nemibetegség, genitális viszkettség, visszatérő húgyúti infekciók, enuresis nocturna, alvás és étvágyzavar, illetlen szexuális játék, genitáliák mutogatása.

Pubertáskor: visszatérő hasi fájdalom, aszociális magatartás, iskolakerülés, epileptoid rosszullet, provokáló szexuális magatartás.

Serdülőkor: fel nem ismert terhesség, promiszkuitás, prostitúció, falcolás, droghasználat, öngyilkosság, evészavar, szabados viselkedés.⁴⁴

2.1.2., Passzív bántalmazás

A gyermek szándékosság vagy hanyagság miatt számára elkerülhető szenvedéseket kénytelen elviselni és/vagy tartós hiányt szenved olyan dolgokból, amelyek fizikai, intellektuális és érzelmi fejlődéséhez feltétlenül szükségesek.⁴⁵

Fizikai elhanyagolás

- Orvosi ellátás elégtelensége. A szülő letagadja gyermeke súlyos betegségét, visszautasítja a gyógykezelést, nem tartja be az orvos utasításait vagy egyáltalán nem is fordul orvoshoz. Következmenykep gyakoriak a visszatérő betegségek, fejlődésbeli elmaradás jelentkezhet.
- Fizikai szükségletek kielégítésének elégtelensége. Mennyiségileg és/vagy minőségileg elégtelen táplálkozás. Higiénés szükségletek elhanyagolása. A lakáskörülmények rosszak, nincs megfelelően takarítva, esetleg nincs fűtés, a szobák hidegek. A környezet ingerszegény, a ruházkodás hiányos, évszaknak nem megfelelő. Következmenykeppen elmaradás a szomatikus és idegrendszeri

44 Dr. Pászthy Bea, A bántalmazott gyermek

45 Dr. Pászthy Bea, A bántalmazott gyermek

fejlődésben, fáradékonyság, állandó éhségérzet, rossz fogazat, bőrbetegségek jelentkezhetnek.

- Elégtelen felügyelet. A szülő nem figyel a gyermek testi épségére, pl. nem rakja el előle a szűrő-vágó eszközöket, a gyermeket kiengedi az útra játszani és nem figyel rá, nyitva hagyja az emeleti ablakokat, nem figyel arra, ha a gyermek romlott ételt eszik meg a kukából vagy hozzáfér a tisztítószerhez stb., Gyakori következmények közé tartozik a háztartási balesetek, az égési sérülés, az áramütés, fulladás, magasból leesés, mérgezések. A gyermeket ki van téve az életre szóló károsodásnak, krónikus betegségnek vagy akár halálnak.

Érzelmi elhanyagolás

Ide tartozik a csecsemő vagy gyermek érzelmi-kötődési igényeinek tartós, durva mellőzése, elutasítása, illetve a gyermek jelenlétében erőszakos vagy támadó magatartás alkalmazása.⁴⁶

Az érzelmi elhanyagolás súlyos következményekkel jár:⁴⁷

- csecsemő: egykedvű, közömbös, saját ösztönző módszereket használ
- kisgyermek, gyermek: nem alakul ki pozitív énkép, alacsony önértékelés, alacsony szinten marad az empátia készség, gyakori az apátia, nehezen motiválható, nehezen kommunikáló gyerekek, beszédfejlődés és kognitív fejlődés retardációja
- serdülő: önpusztító magatartásformák, agresszió, fejletlen társas kapcsolatok, visszahúzódó, bátortalan, szorongó kamaszok

Oktatási, nevelésbeli elhanyagolás

Ide tartozik az iskolalátogatási kötelezettség elmulasztása, a szellemi fejlődés támogatásának hiánya, **a speciális képzési, fejlesztési szükségletek elhanyagolása.**

Intézményes és rendszerbántalmazás

46 Dr. Pászthy Bea, A bántalmazott gyermek

47 Dr. Pászthy Bea, A bántalmazott gyermek

Gyermekvédelmi szempontból rendszerbántalmazásnak nevezzük, ha a gyermek védelmére, segítségére, ellátására létrehozott ellátórendszer nem látja el a feladatát megfelelően esetleg még ront is a rábízott gyermek életén. Rendszerbántalmazás akár a rossz szervezésnek vagy pénzügyi problémáknak is köszönhető, pl. nincs elég étel a gyermekek számára, nincs fűtés, koszosak a tisztálkodó helyiségek, étkeztető eszközök, nincs megfelelő orvosi ellátás. Gyakori rendszerbántalmazási minták, hogy nincs megfelelő létszámú személyzet, rosszul meghatározottak a jogszabályok, pénzügyi problémákból fakadó hiányosságok (pl. eszközhiány).

Az intézményes bántalmazást ezzel szemben konkrét személyek, még hozzá szakemberek követik el a gyermekkel szemben. A szakember szempontjából is két típusa lehet a bántalmazásnak, aktív vagy passzív. Aktív a testi fenytés, szexuális visszaélés, verbális abúzus. Passzív a rá bízott gyermekek elhanyagolása, a nemtörődöm hozzáállás. Illetve bántalmazás az is, ha a szakember eltúri, nem teszi szóvá, nem siet a gyermek segítségére, amikor tanúja a bántalmazásnak.⁴⁸

2.2., Gyermekbántalmazás fogalma a közvéleményben

A közvélemény gyakran nem egyezik meg azzal, amit a törvényekben megfogalmazva vagy tudományos körökben gyermekbántalmazásnak minősítenek. Az 1997-es Gyermekvédelmi Törvény bevezetése óta több felmérés is született, hogy felkutassa Magyarországon és Európában milyenek a gyermeknevelési szokások. 2016-ban, „Hol a határ Magyarországon” címmel az UNICEF Magyar Bizottsága összefoglaló cikket publikált, amely alapján világosan kiderül, hogy a törvények ellenére a közvélemény szerint csak az abúzus és elhanyagolás legdurvább változatai számítanak gyermekbántalmazásnak, a pofon, a kézzel verés vagy a szeretet megvonása elfogadott, főleg az idősebbek és az alacsonyan iskolázottak körében, illetve figyelemfelhívó adat az is, hogy a magukat vallásosnak tartó résztvevők

48 Herczog Mária, 2007, Intézményes és rendszerbántalmazás

83%-a tartotta a verést jó nevelési módszernek. Ugyanakkor a közvéleménnyel ellentétben a bántalmazás enyhébb formái is károsan hatnak a gyermek fejlődésére.^{49,50}

2.3., Rövid történelmi áttekintés

A gyermekekkel való rossz bánásmóddal, mint megoldandó problémával csak a 20. század közepén kezdtek el foglalkozni, ekkor jelentek meg az első tudományos közlemények a gyermekbántalmazás negatív hatásairól.

A gyermekbántalmazás negatív hatásaira először 1962-ben Henry Kempe hívta fel a figyelmet, aki orvosi munkája során gyakran találkozott olyan gyermekekkel, akiknek a sérüléseit nem baleset okozta, s a sérülések következménye gyakran maradandó károsodással vagy halállal végződött. Kempe később a „battered child syndrome” vagyis „megvert gyermek szindróma” nevet adta a jelenségnek. Kempe munkájának köszönhetően először az Egyesült Államokban következett be változás, ahol minden tagállamban törvénybe iktatták, hogy a gyermeknek joga van a védelemhez, még a biológiai szüleivel szemben is.⁵¹

1989-ben az ENSZ egyezményt hozott a gyermekek jogairól, amely 1991-ben Magyarországon is jogrendbe emelkedett.

1997-ben megszületett hazánkban a Gyermekvédelmi Törvény (1997. évi XXXI. törvény), amely több módosításon esett át az évtizedek alatt, s a mai napig hatályban van. A törvény megalkotásának és bevezetésének folyamatként gyermekvédelmi szervezetek alakultak, amelyek a bántalmazott és veszélyeztetett gyermekek kiszűrésére, segítésére hivatottak.⁵²

49 Tóth Olga, 1999, Erőszak a családban

50 UNICEF Magyar Bizottsága, 2016, Hol a határ Magyarországon

51 Kempe, Helfer, 1980 idézi: Dr. Árki Ildikó, Dr. Scheiber Dóra és Dr. Kovács Zsuzsanna, 2013, Gyermekbántalmazás és elhanyagolás

52 Gyermekvédelmi Törvény, 1997. évi XXXI. törvény

Az egyik legfontosabb módosítása a törvénynek 2002-ben történt, amely szerint: „a gyermek nem vethető alá kegyetlen, embertelen, megalázó testi fenyítésnek, büntetésnek vagy bánásmódnak”⁵³.

Illetve 2005-ös törvénymódosítás hatására, ma már az enyhébb fizikai büntetés sem elfogadható Magyarországon: „A gyermek nem vethető alá kínzásnak, testi fenyítésnek és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetésnek, illetve bánásmódnak”.⁵⁴

Ugyan a gyermekek védelméért folyó küzdelem eleinte az árvaság és mély szegénység miatt veszélyeztetett gyermekek megsegítéséért, valamint a gyermekbántalmazásból adódó halálesetek megelőzéséért indult el, a terület egyre nagyobb figyelmet kapott a tudományos körökben, fényt derítve a gyermekbántalmazás és elhanyagolás enyhébb formáinak is súlyos negatív következményeire.

53 Gyermekvédelmi Törvény, 2002. évi IX. törvény

54 Gyermekvédelmi Törvény, 1997. évi XXXI. törvény módosítása, 2005

3., A fogyatékos populáció érintettsége

Habár nagyon kevés a fogyatékos népességet érintő releváns statisztikai adat, a fogyatékos emberekkel foglalkozó személyek és szervezetek, valamint a fogyatékos személyek beszámolóí alapján feltételezhető, hogy a fogyatékos populáció fokozottan van kitéve bántalmazásnak mind gyermek, mind felnőtt korban.

Az FRA (Európai Unió Alapjogi Ügynöksége) 2015-ben készült összegzése alapján a fogyatékos gyermekek 3-4-szer nagyobb valószínűséggel szenvednek el bántalmazást.⁵⁵

Lisa Jones és munkatársai 17 tanulmány metaanalízise során úgy találták, hogy a fogyatékos gyermekek nagyobb rizikónak vannak kitéve a gyermekkori bántalmazás tekintetében, mint társaik.⁵⁶

Mindezek alapján a fogyatékos népesség bizonyára fokozottan ki van téve a gyermekbántalmazásnak mind családon belül, mind családon kívül. Egyrészt a fogyatékos gyermekek kiszolgáltatott helyzetben vannak, állapotuk miatt több segítségre szorulnak, mint társaik. A segítség megtagadása, elmulasztása is bántalmazás, illetve az ezzel való visszaélés, kihasználás szintén bántalmazásnak minősül. A fogyatékos emberek védekezési repertoárja korlátozott, ezért nagyobb valószínűséggel esnek bántalmazás áldozatául.

Másrészt a fogyatékos gyermekeket gyakrabban helyezik el intézményekben, ahol nem tudnak olyan gyerek-felnőtt kapcsolatokat kialakítani, amely az egészséges lelki fejlődésükhöz szükséges, áldozatul eshetnek intézmény és rendszerbántalmazásnak, illetve a kortársakkal való egész napos összeartság olyan konfliktushelyzeteket teremthet, amely csak a szubmisszívebb gyermekek lelki vagy esetenként testi sérülése árán tud megoldódni. Nem elzárt intézményben a fogyatékos gyermekek kiszolgáltatottabbak az iskolai

55 European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), 2015, A fogyatékosssággal élő gyermekek elleni erőszak: jogszabályok, politikák és programok az Európai Unióban

56 Lisa Jones 1, Mark A Bellis, Sara Wood, Karen Hughes, Ellie McCoy, Lindsay Eckley, Geoff Bates, Christopher Mikton, Tom Shakespeare és Alana Officer, 2012, Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies

zaklatással, „bully”-val szemben, ugyanis a gyermekek különösen hajlamosak kigúnyolni vagy averzióval kezelni a szokatlan viselkedést tanúsító vagy szokatlan külső jegyekkel rendelkező társaikat.⁵⁷

Nemcsak a kiszolgáltatottság, elszeparáltság és a védekezés korlátozottsága jelent veszélyt, hanem a nagyobb befolyásolhatóság is, amely leginkább az értelmi fogyatékos személyeket érinti. Gyermekkorukban és felnőttként egyaránt szexuális visszaélések áldozataivá válhatnak.⁵⁸

Bereczkei Tamás az *Evolúció Pszichológia* c. könyvében több lehetséges magyarázatot is ad a jelenségre. Egyrészt a testi vagy értelmi fogyatékossgot mutató személyek más megítélés alá esnek, a szokatlan megjelenés és viselkedés az emberekből félelmet válthat ki, a félelem pedig a szokatlanságból fakad, amely kiszámíthatatlanságot, a kiszámíthatatlanság pedig fenyegetést sugall.

Bereczkei szerint a gyermekek úgynevezett „reproduktív értékkel” bírnak, vagyis azzal az értékkel, hogy mennyire alkalmasak a szülők génjeinek továbbörökítésére, ez pedig, habár nem tudatosan, de predesztinálja a szülők nevelési attitűdjeit. A beteges, sovány, értelmi vagy testi fogyatékossggal rendelkező gyermekek reproductív értéke alacsony, ezért a szülő diszkriminatív gondoskodást tanúsíthat iránta. Habár a modern társadalomban az élet önmagában érték, a reprodukcióban (mind párválasztás, mind nevelési attitűdök szempontjából) még mindig érvényesülnek, gyakran tudat alatt, az evolúciós hatások.⁵⁹

Bereczkei továbbá Daly és Wilson (1981) kutatását is felidézi, amely szerint a bántalmazott és elhanyagolt gyermekek 15-60%-a valamilyen súlyos (akár testi akár értelmi) fogyatékossgban szenved és csökkent életképességet mutat. Mann (1992) ikerpár vizsgálatai során arra az eredményre jutott, hogy 8 hónapos korukban az ikerpár egészségesebb tagjai nagyobb anyai törődést és szeretetet kaptak.

57 Bereczki Tamás, 2003, *Evolúció Pszichológia*

58 Zolnai, 2001, idézi: Babity Mária, 2013, *A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata*

59 Bereczki Tamás, 2003, *Evolúció Pszichológia*

A korai anya-gyermek közt létrejövő kötődés kapcsolat kialakítása szempontjából is érdemes megvizsgálni a gyermekbántalmazás kérdését. A testi vagy értelmi fogyatékosággal született gyermekek válaszkészsége az anyai gondoskodásra, illetve saját fizikai és érzelmi szükségleteinek kifejezése korlátozott vagy nehezen értelmezhető lehet, ez pedig nehezíti a biztonságos kötődés kialakulását.

A dezorganizált kötődésminta négyszer nagyobb valószínűséggel fordul elő bántalmazott gyermekek esetében, a bántalmazott gyermekek 82%-a mutatott dezorganizált kötődésmintát.^{60*61}

60 Berezkei Tamás, 2003, Evolúció Pszichológia

61 Babity Mária, 2013, A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata

4., A gyermekbántalmazás következményei

A gyermekkori bántalmazásból fakadó következmények szerteágazóak, szakterületeken átívelőek, ezért a következményeket egységesen behatárolni nagy kihívást jelent.

4.1., A gyermekkori abúzus és kriminalizáció

Számos statisztikai adat áll rendelkezésünkre azzal kapcsolatban, hogyan befolyásolja a gyermekkori bántalmazás a felnőttkori bűnözést. A hivatkozott kutatások különös figyelmet fordítottak a testi fenytés hatásaira.

Több száz kutatás metaanalízise alapján Gershoff a következőket állapította meg: a testi fenytés pozitív kapcsolatban áll a gyermekkori agresszív, szabályszegő, antiszociális viselkedésével, sőt, szintén pozitív kapcsolat mutatható ki a gyermekkori testi fenytés és a felnőtt kori agresszív, kriminális, antiszociális viselkedéssel, illetve a családtagok bántalmazása között. A testi fenytés gyermekkorban is és felnőtt korban is negatív kapcsolatban áll a mentális egészséggel.⁶²

Rebellow és Van Gundy kutatása alapján felnőttként és serdülőként is nagyobb valószínűséggel kerülnek szembe a törvénnyel a gyermekként fizikailag bántalmazottak. A szülő általi fizikai bántalmazás 97%-kal növelte meg az erőszakos, és 240%-kal a vagyon elleni bűncselekmények előfordulásának valószínűségét a demográfiaailag illesztett kontrollcsoporthoz képest.⁶³

A 32-33 éves korúak közt a gyermekként bántalmazottak letartóztatási aránya magasabb (49%), mint a nem bántalmazott kontroll csoporté (38%). English, Widom és munkatársai azonban még ennél is magasabb arányt tártak fel vizsgálati mintájukban. A gyermekkorukban bántalmazott és elhanyagolt férfiaknál ötször míg a nőknél négyszer

62 Gershoff, 2002; idézi: Babity Mária, 2013, A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata,

63 Rebellow és Van Gundy, 2005; idézi: Babity Mária, 2013, A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata

nagyobb esélyt találtak arra nézve, hogy az illetőt még fiatalkorúként, illetve (férfiaknál és nőknél egyaránt) kétszer nagyobb esélyt mutattak ki arra nézve, hogy felnőttként letartóztatják, mint az illesztett kontrollcsoport tagjait.⁶⁴

Mindez azzal is magyarázható, hogy a bántalmazott gyermek beépíti a fizikai erőszakot saját viselkedésrepertoárjába, problémamegoldó képességei közé, ezért konfliktushelyzetben vagy probléma esetén hajlamos lesz maga is ehhez az eszközhöz folyamodni (pl. kortársakkal való kapcsolatában, leendő gyermekei nevelése során)^{65,66}

Továbbá elgondolkodtató, hogy az Egyesült Államokban a bebörtönözött személyek 78%-a bántalmazott gyermek volt és a 11-20 év közötti fiatalkorúak 70%-a az édesanyja bántalmazójának megöléséért került börtönbe.⁶⁷

4.2., Gyermekkori abúzus egészségügyi következményei

Springer és kollégái (2007) szerint a fizikailag bántalmazott gyermekek esetében a testi betegségek is gyakoribbak a nem bántalmazott kontrollcsoportéhoz képest.

Herman (2003) a gyermekkori bántalmazást, mint traumát közelíti meg, s vizsgálatai alapján megállapítja, hogy a bántalmazó családokban a bántalmazás bekövetkezése a legritkább esetekben kiszámítható, ennek hatására a gyermek egy örökös készenléti állapotba kényszerül, energiáinak jelentős részét arra irányítja, hogy a közlő bántalmazást a szülei reakcióin keresztül megpróbálja felismerni és ez által elkerülni. Vagyis a gyermek egy folyamatos stresszállapotba kerül.

64 English, Widom és munkatársai, 2002; idézi: Babity Mária, 2013, A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata

65 Gershoff, 2002; Widom, 1998; Garland and Dougher, 1990; Walters and Grusec, 1977; idézi: Babity Mária, 2013, A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata

66 Janet Currie és Erdal Tekin, 2006, Does Child Abuse Causes Crime?

67 Babity Mária, 2013, A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata

Mindezt a biológiai, élettani vizsgálatok is alátámasztják. A stresszre adott egyik fiziológiai reakció a kortizolszint megemelkedése, amely a bántalmazott gyermekek szervezetéből kimutatható.⁶⁸

A krónikus stressz pszichoszomatikus betegségeket is előidézhethet, mint például a magas vérnyomás, szívinfarktus, gyomor- és bélrendszeri betegségek, illetve a cukorbetegség kialakulásának kockázata is megnő. A súlyos pszichoszomatikus betegségek megjelenése időbe telik, ám számos enyhébb tünet már sokkal hamarabb jelzi a krónikus stressz ártalmait. Gyakori tünetek a fejfájás, krónikus fáradtság, alvási problémák, fokozott érzékenység és emocionális instabilitás, depresszió.⁶⁹

Hasonló eredményre jutott az tanulmány, amely több mint 9 ezer ember bevonásával készített felmérést a gyermekkori ártalmak hosszú távú hatásairól. A kérdőívben magas pontszámot elérők, (tehát több ártalomnak kitett gyermekek) a káros szokásokban, (szenvedélybetegségek, munkahelyi hiányzások, mozgásszegény életmód) fizikai és lelki betegségekben (pl. súlyos elhízás, cukorbetegség, depresszió, öngyilkossági kísérletek, ISZB, rák, agyvérzés, tüdőbetegség, májbetegség) is magasabb rizikónak vannak kitéve.⁷⁰

A vizsgálat alapján erős kapcsolat mutatható ki a gyermekkori bántalmazásnak vagy a család diszfunkciónak való kitettség szélessége és a felnőttkori elhalálozás okának több kockázati tényezője között.⁷¹

Összességében tehát elmondható, hogy a gyermekkori abúzus nagy fokú stresszt jelent az elszenvedő számára, illetve a gyermekkori abúzus valójában trauma, amely szomatizációs tünetekben is megnyilvánulhat, mint például szív és érrendszeri betegség, cukorbetegség, rák, tüdőbetegség vagy májbetegség.

68 Thomas, De Bellis, 2004; De Bellis, 2005; idézi: Babity Mária, 2013, A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata

69 Kállai, Varga, Oláh 200; idézi: Babity Mária, 2013, A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata

70 Vincent J. Felitti, Robert Fanda és mtsai, 1998, The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study

71 Vincent J. Felitti, Robert Fanda és mtsai, 1998, The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study

A gyermekkorukban fizikailag bántalmazottak nagyobb valószínűséggel kerülnek szembe a törvénnyel serdülő és felnőtt korukban, amely több okra is visszavezethető. A fizikai bántalmazást a gyermek beépíti saját viselkedés repertoárjába, így ő is ezt alkalmazza a frusztrációt kiváltó helyzetekben. A fizikai bántalmazást elszenvedők megtanulják magukba fojtani a negatív érzéseiket, (gyakran azért, hogy így később elkerüljék a bántalmazást) vagyis érzelmi hasítás, disszociáció jön létre, amely sérülékennyé teszi a személyt, s később a kisebb stressz hatására is a felszínre törnek a fájdalmas érzéseik akár kontrollálhatatlan düh formájában. Illetve a fizikai bántalmazás csökkenti az empátiás készséget is.

4.3., Gyermekkori abúzus hosszú távú hatásai a mentális egészségre

Számos bizonyíték igazolja, hogy a gyermekkori rossz bánásmódnak a fejlődés bármely szakaszában való kitettsége hosszan tartó következményekkel, a pszichiátriai és egészségügyi rendellenességek kockázatának jelentős növekedésével jár.⁷²

A gyermekkori bántalmazás hosszú távú ártalmas mentális hatásai közé tartozik a hangulati zavarokkal szembeni sebezhetőség, az öngyilkossági gondolatok és kísérletek fokozott kockázata a hangulati zavarokkal küzdő egyéneknél és a káros alkohol- és kábítószer-használat kialakulásának kockázata.⁷³

A többféle típusú abúzus együttes megjelenése, nem meglepő módon súlyosabb következményekkel jár, mint az önmagában történő elhanyagolás, legyen szó akár fizikai, akár érzelmi elhanyagolásról.⁷⁴ Az Ausztrál Child Maltreatment Study adatai szerint a több típusú bántalmazás összefüggésbe hozható számos mentális és egészségügyi

72 Elizabeth T.C. Lippard és Charles B. Nemeroff, 2020, The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders

73 Elizabeth T.C. Lippard és Charles B. Nemeroff, 2020, The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders

74 Arata és mtsai, 2005; Clemens és mtsai, 2018; Manly és mtsai, 2001 idézi: Mathews és mtsai, 2021, Ausztrál Child Maltreatment Study

rendellenességgel, köztük a súlyos depresszió, a GAD, a PTSD és a szenvedélybetegségek kialakulásának fokozott kockázatával.⁷⁵

4.3.1., Gyermekkori abúzus és az öngyilkosság

Az öngyilkosság magas rizikóját, mint a gyermekbántalmazás következményét, fontosnak tartom kiemelni, ugyanis a fiatalok körében a közúti balesetek után ez a vezető halálok. A gyermekkori abúzus közvetlenül is kapcsolható az öngyilkossághoz, de az öngyilkosság rizikóját növelő pszichiátriai kórképekhez is, különösképpen a depresszióhoz.⁷⁶

Retrospektív beszámolók alapján a gyermekkorukban bántalmazott felnőttek között hétszer gyakrabban fordult elő öngyilkosság, mint a nem bántalmazott népesség tagjai között. Ez az érték serdülőkorban akár tizenkétszeres is lehet a nem bántalmazott serdülőkhöz képest.⁷⁷

Az Eurostat 2014-es statisztikája alapján Magyarország Európa-viszonylatban a 2. helyen, világ-viszonylatban pedig 6. helyen állt a 100.000 főre jutó befejezett öngyilkosságok tekintetében. Ugyan 2004 óta egy csökkenő tendencia figyelhető meg, az utóbbi években stagnálás mutatkozik. 2017-ben és 2018-ban is kb. 2000 ember lett öngyilkos hazánkban.⁷⁸

A gyermekkori bántalmazás ugyanakkor közvetlen kapcsolatba hozható az addikciók, személyiségzavarok, depresszió, étkezési zavarok, különböző szorongásos kórképek kialakulásával is, amelyek szintén növelik az öngyilkosság kockázatát.⁷⁹

Az öngyilkosság rizikóját leginkább megnövelő pszichiátriai kórképnek a depressziót tekinthetjük mind gyermekek, mind felnőttek esetében. A statisztikák szerint az öngyilkosságot elkövetők 65-87%-a nem kezelt depresszióban szenved a halála idején.⁸⁰

⁷⁵ Mathews és mtsai, 2021, Ausztral Child Maltreatment Study

⁷⁶ Balázs Judit és Miklósi Mónika, 2015, A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve

⁷⁷ Babity Mária, 2013, A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata

⁷⁸ Eurostat, 2014, Öngyilkossági ráta

⁷⁹ Balázs Judit és Miklósi Mónika, 2015, A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve

⁸⁰ Shaffer és mtsai, 1996; idézi: Balázs Judit, Miklósi Mónika, 2015, A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve

A KSH adatai szerint 2014-ben a 18 éves kor fölötti populációt vizsgálva Európai-viszonylatban Magyarországon volt a legmagasabb a depressziós tüneteket észlelők száma.⁸¹

A fiatal, öngyilkosságot elkövetők 33-70%-nál találtak szerfüggőséget. Magas kockázattal járnak még az evészavarok, szorongásos zavarok, személyiségzavarok (és a két utóbbi gyakran komorbid állapotként szerepel pl. szerhasználat, depresszió mellett).⁸²

Összefüggést tártak fel a szülőkhöz fűződő gyermekkori emlékek és az öngyilkossági gondolatok gyakorisága közt. Tanulmányuk szerint a bántalmazó, büntető, elutasító, büntudatkeltő, a vizsgálati személy testvérét előnyben részesítő szülői attitűd szignifikánsan megnövelte az öngyilkossági gondolatok számát.⁸³

4.3.2., A Gyermekkori abúzus és az önsértés kapcsolata

Nem-szuicidális önsértésnek azt nevezzük, amikor a személy közvetlenül és szándékosan okoz magának sérüléseket vagy nem öngyilkosságiszándékkal de akaratlagosan okozott, legfeljebb közepes mértékű fizikai önártalom, amelynek célja valamilyen interperszonális feszültség oldása.⁸⁴

Az önsértés leggyakoribb formája az éles, hegyes tárggyal okozott felületi vágás a bőrön, de gyakori még a bőr égetése (pl. cigarettával) tárgyak beledöfködése a bőrbe (pl. szög, körző),

81 KSH, 2011-2016, Öngyilkosság miatti halálozás, nemenként - Standardizált halálozási arányszám, százezer főre, https://www.ksh.hu/docs/hun/eurostat_tablak/tabl/tps00122.html utolsó letöltés dátuma: 2024.04.25.

82 Balázs és mtsai, 2014; idézi: Balázs Judit és Miklósi Mónika, 2015, A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve

83 Ross, Clayer és Campbell, 1983; idézi: Babity Mária, 2013, A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata

84 American Psychiatric Association, 2013, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

sebek kikaparása, piszkálása, a bőr kidörzsölése, kikarmolása vagy kemény tárgyak öklözése.⁸⁵

Az önsértés a legtöbb ember számára paradoxnak tűnhet, ugyanakkor közelebbről megvizsgálva a jelenséget nagyon logikus mintázatot figyelhetünk meg.

A fizikai vagy szexuális bántalmazást átélt gyermekek később, serdülő és felnőttkorukban olyan mechanizmusokkal védekeznek az őket elárasztó és szabályozhatatlan érzelmi viharok, fájdalmas emlékek és belső ürességérzés ellen, mint a falcolás vagy öngyilkossági kísérlet. Ennek hátterében két fontos tényező is munkál. A kiszámíthatatlan és bántalmazó gondozói háttér nem teszi lehetővé, hogy a gyermek szert tegyen a hatékony önszabályozás képességére. Linehan egy metaforával magyarázza a jelenséget, miszerint a környezet úgy várja el a gyermektől, serdültől az érzelmeivel való megbirkózást, hogy közben nem mutat neki lehetséges megoldásokat. Mintha egy láb nélküli embertől várnák el, hogy járjon, de műlábakat nem adnak hozzá.⁸⁶

A másik, önsebzés és szuicidális magatartás hátterében munkálkodó tényező, hogy a fizikai fájdalommal való megbirkózásban a bántalmazott gyermek gyakorlatra tesz szert az évek alatt, így a fizikai fájdalom számára jobban tolerálható, mint az ijesztőnek, kontrollálhatatlannak tűnő intenzív érzelmek.⁸⁷

A testi fenyítés mellett, hogy rombolóan hat a gyermek személyiségfejlődésére; lelkiileg sérülékenyebbé válik, nagyobb valószínűséggel fog gyermekként, és/vagy felnőttként pszichés problémákkal küzdeni, hajlamosabb lesz a depresszióra és az önsértésre. A gyermekkorban testi fenyítéssel büntetett gyermekek kialakítják magukban is ezt a

85 Balázs Judit és Miklósi Mónika, 2015, A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve

86 Marsha M. Linehan, 1993, A borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája, Medicina Kiadó 2010-es kiadás

87 Babity Mária, 2013, A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata

magatartásmintát, így amikor büntudatot éreznek, ugyanazt a mintázatot alkalmazzák, amit a szüleik, tehát fizikai fenyítést alkalmaznak magukon, ez által csökken a büntudat érzése.⁸⁸

Az NSSI mellett a serdülők több, mint 85%-nál fennáll valamilyen pszichiátriai zavar, amely lehet:

- Internalizációs zavar pl: hangulatzavar, szorongásos zavar
- Externalizációs zavar pl: szerhasználat, viselkedészavar, hiperaktivitás/figyelemzavar⁸⁹
- Felnőtt korban az előbbieken túl a borderline személyiségzavarral való együttjárását fontos kiemelni.

4.3.3., A gyermekkori abúzus és személyiségzavarok

Definíció és klasszifikáció

A személyiségzavarok átható, maladaptív és krónikus viselkedési, kognitív (megismerési) és hangulati mintázatok. A személyiségzavarral küzdő személyek valóságérzékelése torzult, érzelmi reakcióik rendellenesek. Mindez végsősoron az egyén életét több területen negatívan befolyásolja, beleértve a pénzügyi stabilitást (munkavállalási, foglalkoztatási nehézség), a sérült szociális működést és az interperszonális nehézségeket.⁹⁰

A DSM V. 3 csoportba osztja a személyiségzavarokat:⁹¹

- A csoport: Excentrikus (különc, furcsa)

88 Strassberg és mtsai, 1994; Straus és Kantor, 1992; Straus, Sugarman, Giles-Sims, 1997; Evans, Hawton, Rodham, 2005; Afifi és mtsai, 2012; idézi: Babity Mária, 2013, A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata

89 Nock és mtsai, 2006; idézi: Balázs Judit és Miklósi Mónika, 2015, A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve

90 Kamron A. Fariba, Vikas Gupta és Ethan Kass, 2023, Personality Disorders

91 Pintér Éva, 2020, A személyiségzavarok

- Paranoid (4,4%)
- Skizoid (3,1%)
- Skizotíp (3%)
- B csoport: Dramatikus
 - Antiszociális (3,6%)
 - Borderline (2-5%)
 - Hisztrionikus (1,8%)
 - Narcisztikus (0-1%)
- C csoport: Szorongó
 - Elkerülő (2,4%)
 - Dependens (0-1%)
 - Kényszeres (8%)

„A személyiségzavarok a népesség 10-12%-át érintik.”⁹² Kialakulásukat tekintve több tényező együttes hatása feltételezhető. Összefüggés fedezhető fel a gyermekkori rossz bánásmód vagy gyermekkorban elszenvedett traumatikus események és a felnőttkori személyiségzavarok kialakulása közt,⁹³ illetve a rossz bánásmód típusa meghatározó abban, hogy később milyen személyiségzavar alakul ki.⁹⁴

A rossz bánásmód és a később kialakuló személyiségzavar típusának összefüggéseit vizsgáló kutatásból kiderül, hogy a gyermekkori rossz bánásmód különféle formái széles körben összefüggenek a felnőttkori személyiségzavarok tüneteinek szubklinikai szintjeivel.⁹⁵

92 Simonsen, 2014 idézi: Kuritáné Szabó Ildikó, 2017, Személyiségzavarok – klinikum és kutatás, Medicina kiadó

93 Linda M Bierer, Rachel Yehuda, James Schmeidler, Vivian Mitropoulou, Antonia S New, Jeremy M Silverman és Larry J Siever, 2003, Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses

94 Audrey R. Tyrka, Margaret C. Wyche, Megan M. Kelly Lawrence H. Price és Linda L Carpenter, 2009, Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type

95 Audrey R. Tyrka, Margaret C. Wyche, Megan M. Kelly Lawrence H. Price és Linda L Carpenter, 2009, Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type

A gyermekkori abúzus és az antiszociális személyiségzavar kapcsolata

Az ASPD mélyen rögzült diszfunkcionális gondolkodási folyamat, amely a társadalmat kizsákmányoló, bűnözői magatartásban nyilvánul meg. Az érintett egyén csökkent empátiás képességekkel rendelkezik, nem tanúsít megbánást tettei iránt és nem képes belátásos tanulásra.⁹⁶

Az antiszociális magatartás és a gyermekkori bántalmazás közti összefüggés régóta kutatott kérdés. Számos tanulmány erősíti meg a bűnözői magatartás és bántalmazott gyermekkor közti kapcsolatot. Habár nem lesz minden bántalmazott gyermekből bűnöző, a fiataalkorú elítéltek 60-90%-a jelentette, hogy legalább egyfajta gyermekbántalmazás-típus elszenvedője volt (a fizikai, érzelmi, szexuális vagy elhanyagoló bántalmazástípusok közül) és 30%-uk mutatott elég tünetet a PTSD diagnózis kritériumához⁹⁷.

A gyermekkori áldozattá válás szignifikáns előrejelzője az antiszociális személyiségzavar tüneteinek életre szóló kialakulásának, illetve az ASPD kialakulásának, mutat rá egy korábbi kutatás eredménye is.⁹⁸

Az ASPD-ben szenvedő egyének kiterjedt bántalmazási múltból tanúskodnak. A bántalmazás súlyossága korrelál az ASPD tüneteinek súlyosságával. Ez a kapcsolat a fizikai bántalmazás esetén a legerősebb. A szexuális zaklatás a magatartászavarok megnyilvánulásaival sokkal szorosabban összekapcsolható, mint kifejezetten az ASPD tüneteivel. A bántalmazás befolyásolja a bűnözői magatartást, különösen serdülőkorban. Az erőszakos, bűnözői

96 Kristy A. Fisher és Manassa Hany. 2023, Antisocial Personality Disorder

97 Bryanna Hahn Fox, Nicholas Perez, Elizabeth Cass, Michael T. Baglivio és Nathan Epps, 2015, Trauma Changes Everything: Examining the Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Serious, Violent and Chronic Juvenile Offenders

98 B. K. Luntz, és C. S. Widom, 1994, Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up

magatartás csökkenthető terápiás beavatkozással, különösképp, ha az az élet korai szakaszában történik.⁹⁹

A gyermekkori abúzus és a borderline személyiségzavar kapcsolata

A borderline személyiségzavar a DSM III.-ik kiadásában jelent meg először, 1980-ban. A zavar meghatározása, kritériumai az évek alatt ugyan változtak, de a páciensek megfigyelésekor néhány fontos pontban megegyeznek, mint például az egyén nem reagált pozitívan a hagyományos pszichoterápiás kezelésekre, identitás-érzékelésében instabil, magas komorbiditás más kórképekkel, krónikus ürességérzés, melankólia, kaotikus és önkárosító életvezetés, illetve intenzív és labilis interperszinális kapcsolatok, ahol az idealizáció és devalváció szélsőségei váltakoznak. Meghatározó a borderlineos személyeknél a képzelt vagy valós elhagyástól való félelem is.¹⁰⁰

A DSM V. jelenlegi kritériumai:¹⁰¹

- Kétségbeesett erőfeszítések a valós vagy képzelt elhagyás elkerülésére
- Instabil és intenzív interperszonális kapcsolatok mintázata, amelyet az idealizálás és a leértékelés szélsőségei közti váltakozás jellemez
- Instabil identitás: markánsan és tartósan instabil énkép vagy önérték
- Impulzivitás legalább két olyan területen, amelyek potenciálisan önkárosítóak (pl. költekezés, nem biztonságos szex, kábítószer-használat, meggondolatlan vezetés, falás)
- Ismétlődő öngyilkos magatartás, gesztusok vagy fenyegetés, öncsonkító magatartás

99 Monika Dargis, Joseph Newman és Michael Koenigs, 2016, Clarifying the link between childhood abuse history and psychopathic traits in adult criminal offenders

100 Marsha M. Linehan, 1993, A borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája, Medicina Kiadó, 2010 frissített kiadás

101 American Psychiatric Association, 2013, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ötödik kiadás (DSM-5)

- Affektív instabilitás a hangulat kifejezett reaktivitása miatt (pl. intenzív epizodikus diszfória, ingerlékenység vagy szorongás, amely általában néhány órán át tart, és csak ritkán néhány napnál tovább)
- Krónikus ürességérzet
- Inadekvát heves düh vagy harag, illetve ennek kordában tartásának nehézségei (pl. gyakori indulatkifejezések, harag visszatérő tettelegesség)
- Átmeneti, stresszhez kapcsolódó paranoid gondolatok vagy súlyos disszociatív tünetek

A személyiségzavarok körében a borderline személyiségzavar (BPD) esetén tételezhető fel leginkább a bántalmazott múlt. A bántalmazott múlt feltételezése, mint a borderline személyiségzavart előre jelző tényező már régóta kutatott. Egy 1997-es tanulmány felmérése alapján a vizsgált betegek 91%-a volt gyermekkorában bántalmazott és 92%-uk nőtt fel elhanyagoló környezetben, illetve a borderlineos személyek esetében gyakoribb a 18 éves kor előtti szexuális bántalmazás is. A szexuális bántalmazás ugyan kockázati tényező, de nem hajlamosít jobban a borderline személyiségzavar kialakulására, mint a szülők érzelmi, fizikai bántalmazása és az elhanyagolás.¹⁰²

Linehan „érvénytelenítő környezet”-ként fogalmazza meg azt a bántalmazó közeget, amelyben a BPD-ben szenvedők gyermekként felnőnek. Röviden összefoglalva az érvénytelenítő környezet figyelmen kívül hagyja, leértékeli, trivializálja a gyermek érzelmeit vagy szigorúan bünteti, ellentétes reakcióval illeti, meghazudtolja azokat. Ennek következménye az is, hogy a környezet nem lesz érzékeny a gyerek igényeire, így azok kielégítés nélkül maradnak.¹⁰³

102 M. C. Zanarini, A. A. Williams, R. E. Lewis, R B Reich, S. C. Vera, M F Marino, A. Levin, L. Yong és F. R. Frankenburg, 1997, Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder

103 Marsha M. Linehan, 1993, A Borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája, Medicina Kiadó, 2010 frissített kiadás

Kínában, 2012-ben készült felmérés a BPD és a gyermekkori bántalmazás kapcsolatáról¹⁰⁴, majd ennek mintájára 2015-ben Magyarországon is kutatást indítottak a témában.¹⁰⁵ A két vizsgálat nagyon hasonló eredményekre jutott, amely szerint a borderline személyiségzavar diagnózist leginkább előrejelző tényezők a szexuális erőszak, a fizikai bántalmazás (családon belül) és az elhanyagolás. Azok a BPD-ben szenvedők, akiket nem bántalmaztak szexuálisan nagyobb mértékű fizikai bántalmazásról számoltak be.

A borderline esetén magas a rizikó a paraszucidális tevékenység és öngyilkosság megkísérlésére. A diagnosztizáltak 70-75%-nak előtörténetében szerepel önsértő cselekedet, az öngyilkossági arány pedig 9%-ra becsülhető¹⁰⁶, azonban fontos megemlíteni, hogy a borderline 8 (DSM III.-ban meghatározott) kritériumából minél többet mutat a páciens, annál magasabb az öngyilkosság megkísérlésének rizikója, pl. a mind a 8 kritériumot mutatók közt 36%-os az öngyilkossági arány.

Öngyilkosság és öngyilkossági kísérletek tekintetében a BPD-ben szenvedők a 20-as éveik elején kísérelnek meg legtöbbször öngyilkosságot, de a befejezett öngyilkosságok a 30-on felüliek közt a leggyakoribb, főleg azok körében, akik több terápiás kezelés után sem tudtak meggyógyulni a betegségből.¹⁰⁷

4.3.4., A gyermekkori abúzus és szenvedélybetegség

A gyermekkori bántalmazás, illetve a gyermekkorban elszenvedett más traumatikus esemény megnöveli a szenvedélybetegség kialakulásának kockázatát. Ezt támasztja alá egy 2010-es átfogó tanulmány is, melynek eredményei szerint a káros gyermekkori tapasztalatok

104 Huang J, Yang Y, Wu J, Napolitano LA, Xi Y és Cui Y, 2012, Childhood abuse in Chinese patients with borderline personality disorder

105 Katalin Merza; Gábor Papp és Ildikó Kuritárné Szabó, 2015, The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary

106 Stone, 1989; Paris, Brown és Nowlis, 1987; Kroll, Carey és Sines, 1985; idézi: Marsha M. Linehan, 2010, A Borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája, Medicina kiadó

107 Joel Paris, 2005, Borderline personality disorder

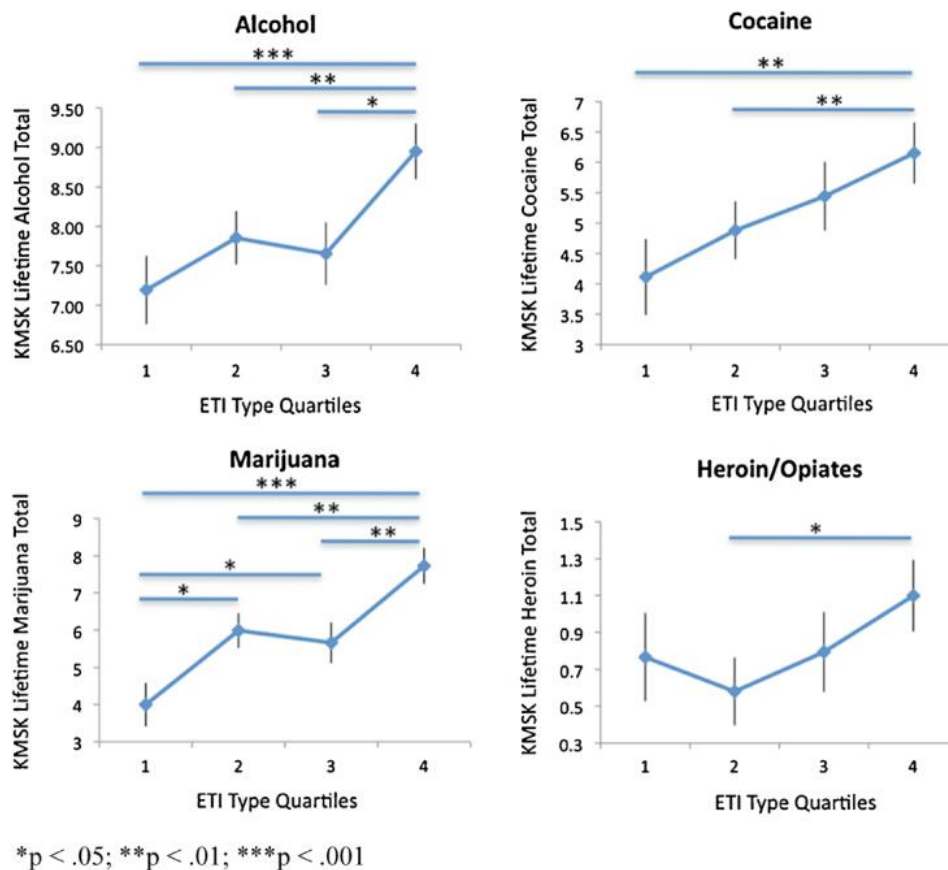
erősen korrelálnak a különféle anyagok használatának szintje között, mind a jelenlegi (kutatás alatt zajló), mind a legsúlyosabb használat során.¹⁰⁸

Szintén megfigyelhető a nemek közötti különbségek a szerhasználat korrelációiban a gyermekkori bántalmazás különböző típusai között. A nőknél a szexuális zaklatás szignifikánsan összefüggött az élethosszig tartó kokainhasználattal, valamint a marihuána használattal. A férfiak gyermekkorban elszenvedett fizikai bántalmazása szignifikánsan korrelál a jelenlegi kokain- és a jelenlegi, valamint élethosszig tartó heroinhasználattal, míg a nőknél az élethosszig tartó kokain- és marihuána használattal. A férfiak érzelmi bántalmazása szignifikánsan korrelál a jelenlegi heroinhasználattal, míg a nőknél a súlyosabb, élethosszig tartó kokainhasználattal.

A gyermekkori bántalmazás mindhárom típusának kombinált elemzése során megfigyelhető a bántalmazottak élete során megnövekedett alkohol, kokain és marihuána használat. Az egyes bántalmazástípusok között jelentős csoportkülönbségek figyelhetők meg.¹⁰⁹

108 Lamya Khoury, Yilang L Tang, Bekh Bradley, Joe F Cubells, és Kerry J Ressler, 2010, Substance use, childhood traumatic experience, and Posttraumatic Stress Disorder in an urban civilian population

109 Lamya Khoury, Yilang L Tang, Bekh Bradley, Joe F Cubells, és Kerry J Ressler, 2010, Substance use, childhood traumatic experience, and Posttraumatic Stress Disorder in an urban civilian population



1. ábra

A bántalmazás típusa abban is meghatározó, hogy később milyen szerhasználatot részesítenek előnyben az áldozatok. A fizikai bántalmazás minden alanynál összefüggést mutatott az összes vizsgált szer használatával, míg a gyermekkori szexuális zaklatás csak kokain és marihuána használatával, habár az szexuális zaklatással kapcsolatos eredmények jelentős részét nők képviselték. Ezen túlmenően a vizsgálatban az érzelmi bántalmazás is a kokainhasználattal társult.¹¹⁰

A szülők által bejelentett fizikai bántalmazás az élet első öt évében a nők esetében előrevetítette a későbbi, gyermek által bejelentett szerhasználatot a korai serdülőkorban, ugyanakkor a férfiak esetében nem volt összefüggésben, hogy a fizikai abúzus az első öt

110 Lamy Khoury, Yilang L Tang, Bekh Bradley, Joe F Cubells, és Kerry J Ressler, 2010, Substance use, childhood traumatic experience, and Posttraumatic Stress Disorder in an urban civilian population

évben következett be vagy később. A fizikai abúzus továbbá férfiak és nők esetében is előrevetítette a korai szerhasználatot 12 éves korban, ami később további szerhasználathoz vezetett 16 és 24 éves korban.¹¹¹

Egy Észak-Afrikai népességet vizsgáló kutatás hasonló eredményekre jutott, amely szerint a gyermekkori bántalmazás három típusa – érzelmi, fizikai és szexuális – pozitív összefüggést mutatott a káros alkohol és kábítószer használattal, illetve a kábítószerrel való visszaéléssel, mint megküzdési stratégia alkalmazásának indítékával.¹¹²

Az ACE tanulmány¹¹³ szintén rávilágított a szerhasználat és a gyermekkori abúzus közti kapcsolatra, amelynek mintájára 2023-ban átfogó tanulmány készült.¹¹⁴ Eredményeik szerint minél súlyosabban volt a gyermek kitéve az őt érő bántalmazásnak, annál magasabb volt a rizikófaktor a későbbi szerhasználat kialakulásának. 4,3-szor nagyobb a kábítószerhasználat kialakulásának kockázata azoknak az egyéneknek az esetében, akik átéltek valamilyen károsító hatást gyermekként, azokkal szemben, akik nem voltak kitéve bántalmazásnak. A korai prevenció jelentősen csökkentheti a kábítószerhasználat kialakulásának veszélyét.

A tanulmány mindezek mellett arra az eredményre jutott, hogy felnőtt nők esetében az érzelmi elhanyagolás, a szexuális bántalmazás és a fizikai bántalmazás jelzi előre leginkább a káros alkoholhasználatot. Felnőtt férfiak esetében a fizikai bántalmazás, a szülők válása és a pénzügyi problémák vetítik előre a kábítószer-használat kialakulását.¹¹⁵

111 Jennifer E. Lansford, Kenneth A. Dodge, Gregory S. Pettit, and John E. Bates, 2010, Does Physical Abuse in Early Childhood Predict Substance Use in Adolescence and Early Adulthood?

112 Lee Hogarth, Lindi Martin és Soraya Seedat, 2019, Relationship between childhood abuse and substance misuse problems is mediated by substance use coping motives, in school attending South African adolescents

113 Vincent J. Felitti, Robert Fandl és Mtsai, 1998, The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study

114 Rosalie Broekhof, Hans M. Nordahl, Lars Tanum és Sara G. Selvik, 2023, Adverse childhood experiences and their association with substance use disorders in adulthood: A general population study

115 Rosalie Broekhof, Hans M. Nordahl, Lars Tanum és Sara G. Selvik, 2023, Adverse childhood experiences and their association with substance use disorders in adulthood: A general population study

4.3.5., A gyermekkori abúzus és depresszió

A depresszió egy hangulatot érintő zavar, mely jellemző tünete az örömeire való képtelenség, tartós levertség, szomorúság, üresség vagy az ingerlékeny hangulat, amelyet szomatikus és kognitív változások kísérnek és jelentősen befolyásolják az egyén képességeit, funkcionálisát a mindennapokban.¹¹⁶

A depresszió legsúlyosabb szövődménye lehet az Alzheimer-kór korai kialakulása, a munkára való képtelenség és az öngyilkosság. Az érzelmi bántalmazás 2,5-szeresére növeli a depresszió kialakulásának rizikóját felnőttkorban.¹¹⁷

2020-ban 190 vizsgálatból származó metaanalízist állítottak össze, amely a gyermekkori bántalmazás és a depresszió kialakulása közti összefüggést vizsgálta.¹¹⁸ A metaanalízisben szereplő kutatások összesen 68.830 személy bevonásával készültek, amely nagy relevanciájú elemszámnak tekinthető. Eredményeik szerint szignifikánsan megnövekedett a depressziós tünetek pontszáma és a depressziós rendellenességek kockázata (jellemzően a major depressive disorder kritériumainak megfelelően) a gyermekekkel való bántalmazás nagyobb súlyosságának függvényében. A különböző depressziós zavarok (pl. bipoláris depresszió) esetében is megfigyelhető volt a pontszámok növekedése a bántalmazás súlyosságával arányosan. Ugyan az összes bántalmazás típus szignifikánsan megnövelte a depressziós tünetek pontszámát, ugyanakkor az érzelmi bántalmazás és az érzelmi elhanyagolás volt a legerősebb kapcsolatban a depresszióval; gyengébb asszociáció figyelhető meg a szexuális és fizikai bántalmazás és a fizikai elhanyagolás következményeként.

116 Suma P. Chand és Hasan Arif., 2023, Depression

117 Chapman, Whitfield és munkatársai 2004; idézi: A gyermekkorbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata, Babity Mária, 2013

118 Kathryn L. Humphreys, Joelle LeMoult, John G. Wear, Hannah A. Piersiak, Aaron Lee és Ian H. Gotlib, 2020, Child Maltreatment and Depression: A Meta-Analysis of Studies Using the Childhood Trauma Questionnaire

A depresszió ugyanakkor nem csak önmagában jelentkezhet, hanem más betegséggel komorbid állapotként. Gyakori, hogy más pszichiátriai kórképek kísérőbetegsége, vagy pedig más hangulati és/vagy szorongásos zavar mellett jelenik meg. Azok esetében, akiknél a depresszió komorbid állapotként jelenik meg, magasabb az öngyilkossági rizikó.¹¹⁹

A gyermekként bántalmazott serdülők és fiatal felnőttek körében 3-szoros előfordulási valószínűsége van a depresszió és öngyilkos magatartás kialakulásának a nem bántalmazott kontroll csoporthoz képest. A legsúlyosabb rizikónövelő tényezőnek a szexuális bántalmazást találták, amely 8-szoros rizikófaktort jelent.¹²⁰

4.4., A szexuális abúzus következményei

A gyermekkorban elszenvedett szexuális visszaélésnek azért lehetnek különösen súlyos és hosszú távú következményei, mert az áldozatot egy nagyon érzékeny időszakban, személyiségfejlődésének korai szakaszában éri trauma.¹²¹

Az abúzus hatása sokrétű, így szinte bármilyen tünet vagy tünetegyüttes kialakulásához hozzájárulhat.

A leggyakrabban előforduló panaszok:¹²²

- (komplex) poszttraumás stressz szindróma: a súlyosan veszélyeztető helyzetre adott elhúzódó reakció, melynek része az állandó nyugtalanság, készenléti állapot, a traumás emlékek akaratlan újraélése, illetve az arra emlékeztető ingerek elkerülése, valamint a beszűkülés, érzelmi kiüresedés.

119 Papan Thaisuttikul, Pichai Ittasakul, Punjaporn Waleeprakhon, Pattarabhorn Wisajun és Sudawan Jullagate, 2014, Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder

120 Jocelyn Brown, Patricia Cohen, Jeffrey G. Johnson és mtsai, 1999, Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality

121 NANE, 2016, A gyerekek elleni szexuális visszaélés

122 NANE, 2016, A gyerekek elleni szexuális visszaélés

- disszociáció: érzelmi vagy mentális kilépés a helyzetből, ami a kívülálló számára akár egyszerű elkalandozásnak is tűnhet. A disszociáció természetes képesség, amely kezdetben segít az áldozatnak túlélni a testi és lelki fájdalmat.
- szorongásos zavarok (pl. különböző fóbiák, pánikbetegség)
- depresszió
- öngyilkossági gondolatok, kísérletek
- evészavarok (pl. anorexia, bulimia)
- szexuális zavarok (pl. vaginizmus: a hüvely és a medenceizom görcsös összehúzódása a nemi aktus megkísérlésekor; továbbá orgazmussal, illetve ejakulációval kapcsolatos nehézségek, merevedési panaszok stb.)
- alkohol-, drog-, vagy viselkedési függőségek (pl. számítógép-függőség, szerencsejáték stb.)
- különböző testi panaszok (pl. krónikus kismedencei fájdalom, funkcionális meddőség stb.)

4.5., Az életkor és a bántalmazás elszenvedése közti kapcsolat

Egy viszonylag friss, 2023-as kutatás alapján megfigyelhetjük, hogy a gyermekbántalmazás következményei attól függően, hogy milyen típusúak, milyen életkorban szenved el őket a gyermek, illetve a bántalmazás milyen gyakorisággal történik, jelentősen befolyásolja azt, hogy az miként hat a gyermek fejlődésére, ergo milyen következményekkel jár.¹²³ Nem elhanyagolható az sem, hogy a gyermek rendelkezik-e védőfaktorokkal és ha igen, ezek milyen minőségűek.¹²⁴

123 Mackenzie Rubens, Dagmar Bruenig, Jessica A.M. Adams, Shruthi M. Suresh, Anita Sathyanarayanan, Divna Haslam, Chad E. Shenk, Ben Mathews és Divya Mehta, 2023, Childhood maltreatment and DNA methylation: A systematic review

124 Vincent J. Felitti, Robert Fanda és mtsai, 1998, Adverse Childhood Experience

A születés és 4 éves kor között rossz bánásmódban részesült gyermekek főleg szorongásos tünetek mutatnak felnőttként, amíg azok a gyermekek, akik 10-12 éves koruk közt szenvedtek el abúzust, inkább depresszív tüneteket mutatnak.¹²⁵

Egy korábbi, kutatás alapján a kora gyermekkori abúzust átéltek esetében jelentősen megnő depresszió kialakulásának kockázata, illetve a kora gyermekkorban szexuális bántalmazást elszenvedő gyermekek kétszer nagyobb valószínűséggel tapasztaltak vágyat arra, hogy véget vessenek az életüknek, mint azok, akik nem voltak bántalmazásnak kitéve gyermekként.¹²⁶

Manly és mtsai 814, 5 és 11 év közti gyermeket vizsgált. Eredményeik szerint a fizikailag elhanyagolt gyermekek sokkal visszahúzódóbbak voltak a kontroll csoporthoz, illetve a fizikai abúzust elszenvedő társaikhoz képest. A fizikai abúzust átéltek gyermekek esetében szinte mindig tapasztalhattak érzelmi abúzust is, a kettő együttes jelenlétével pedig azt figyelhették meg, hogy esetükben magasabb volt a rizikó az agresszió mind internalizálására mind externalizálására a kontroll csoporthoz képest.¹²⁷

125 Harpur és mtsai (2015) idézi: Mackenzie Rubens, Dagmar Bruenig, Jessica A.M. Adams, Shruthi M. Suresh, Anita Sathyanarayanan, Divna Haslam, Chad E. Shenk, Ben Mathews és Divya Mehta, 2023, Childhood maltreatment and DNA methylation: A systematic review

126 Dunn és mtsai (2013) idézi: Mackenzie Rubens, Dagmar Bruenig, Jessica A.M. Adams, Shruthi M. Suresh, Anita Sathyanarayanan, Divna Haslam, Chad E. Shenk, Ben Mathews és Divya Mehta, 2023, Childhood maltreatment and DNA methylation: A systematic review

127 Manly és mtsai (2001) idézi: Mackenzie Rubens, Dagmar Bruenig, Jessica A.M. Adams, Shruthi M. Suresh, Anita Sathyanarayanan, Divna Haslam, Chad E. Shenk, Ben Mathews és Divya Mehta, 2023, Childhood maltreatment and DNA methylation: A systematic review

5., Az élettani vizsgálatok szükségességének meghatározása

A bántalmazás negatív pszichés és pszichoszomatikus hatásai élettani vizsgálatokkal is megközelíthetőek, amelyek a probléma gyökerét, pontos okát tárják fel. A mentálhigiénés megközelítésből gyakran csak a probléma tünetei látszódnak, azonban fontos azt is feltérképezni, hogy ezek mögött milyen patológiás elváltozások húzódnak meg, hiszen mindezek korrekciójával kell szembenéznie a szakembereknek vagy esetenként akár egy teamnek, illetve az élettani hatások jelentik különböző tudományágak és szakterületek közti kapcsolatot a bántalmazott gyermekek és gyermekként bántalmazott felnőttek rehabilitációjánál.

Az egyes bántalmazási típusok egyedi hatásainak azonosítása nehéz, mivel a bántalmazás különböző altípusai különböző módon vezethetnek a fentebb taglalt következmények kialakulásához. Ezért a bántalmazás következményeinek élettani vizsgálatai szükségesek ahhoz, hogy megkülönböztethessük a bántalmazás típusok pontos következményeit.¹²⁸

5.1., Megfigyelő eljárások bemutatása

Hogy megismerhessük a gyermekbántalmazás fiziológiás következményeit kutatásának lehetőségeit és korlátait, először azokat a vizsgáló módszereket szeretném bemutatni, amelyeket a különböző élettani vizsgálatok során alkalmaznak, illetve az általam elemzett és szakdolgozatomban bemutatott kutatásokban használt vizsgáló módszereket részletesebben is taglalom.

Izotópos képalkotás

Az izotópos képalkotás a szervezetbe juttatott radioaktív anyag megoszlását tükrözi.¹²⁹ A radioaktív anyag megoszlását többféle módszerrel is detektálhatjuk:

128 Mackenzie Rubens, Dagmar Bruenig, Jessica A.M. Adams, Shruthi M. Suresh, Anita Sathyanarayanan, Divna Haslam, Chad E. Shenk, Ben Mathews és Divya Mehta, 2023, Childhood maltreatment and DNA methylation: A systematic review

129 Dr. Oláh András, Fullér Noémi és Sziládiné Fusz Katalin, A képalkotó diagnosztika alapjai

- **Gammakamerával** kapjuk a legalacsonyabb térbeli felbontású képet, ezért inkább funkcionális elváltozásokra és (kór)élettani folyamatok követésére alkalmas.
- A **SPECT** egyfotonos emissziós computer tomográfia. Több (2 vagy 3) gammakamerát forgat el a vizsgált testrész körül, így 2D vagy 3D képet is tud készíteni.
- A **PET módszer** kétfotonos emissziós computer tomográfia. A PET a pozitron emissziós tomográfia rövidítése. Speciális pozitron (pozitív elektron) kibocsátó radioizotópokat tud detektálni.¹³⁰

Jellemzői:

- Szervspecifikusság
- Könnyen kivitelezhetőek (a radioaktív anyag intravénás bejuttatása a szervezetbe)
- Különleges előkészítést nem igényelnek
- A szövödmények kialakulásának kockázata minimális

CT

A CT, más néven CAT, a Computed Axial Tomográfia kifejezés rövidítése. Az Rtg (röntgen) eljárások közé tartozik.¹³¹

Az Rtg eljárásokra általánosan igaz, hogy a sugárzás a test egy vékony szeletén halad keresztül számos irányból, a sugárforrással szemben elhelyezkedő detektorok pedig a sugárzás gyengülését mérik.

a CT egy adott térfogatelem átlagos sugárgyengítését mutatja sokkal nagyobb pontossággal, mint a hagyományos Rtg-vizsgálat. A sugárgyengülés mértékét számskálára transzformálják, a számokhoz pedig szürkeárnyalatokat rendelnek. Minden árnyalatnak van egy úgynevezett Hounsfield (HU) értéke, amely a Hounsfield skálán helyezkedik el.

130 Dr. Oláh András, Fullér Noémi és Sziládiné Fusz Katalin, A képalkotó diagnosztika alapjai

131 Dr. Oláh András, Fullér Noémi és Sziládiné Fusz Katalin, A képalkotó diagnosztika alapjai

Érdekességképpen, a „legvilágosabb” árnyalattal a levegő rendelkezik, ami -1000 HU egység értékű, a víz 0 HU, a csontok pedig pozitív irányban akár több ezer HU egységet is elérhetnek. Pozitív, azaz „sötét” irányba a skála ugyan végtelen, de +3000ig értékig szokták beállítani a CT készülékeket.¹³²

A CT készülék részei:

- gantry
- generátor
- vizsgálóasztal
- vizsgáló konzol és számítógép

Az izotópos eljárásoktól eltérően a CT vizsgálat komoly előkészületekkel jár. CT előtt a vizsgált személy szervezetébe kell juttatni a kontrasztanyagot, ez történhet intravénásan vagy per os (tehát szájon át). A vizsgálatra éhgyomorra kell érkezni. A vizsgálatot sugárvédelmi intézkedések előzik meg, ugyanis akár 5-100-szoros sugárterheléssel kell számolni az általános Rtg eljáráshoz képest.

Figyelembe kell venni azt is, hogy a vizsgált személy nem allergiás-e a kontrasztanyagra és megfelelőek-e a vesefunkciók. A CT előtt legalább egy liter vizet meg kell inni.

A magas sugárterhelés miatt nem végezhető el sem csecsemőkön, sem kismamákon, illetve bizonyos gyógyszerek alkalmazása esetén (pl. metformin tartalmú antidiabetikumok) sem biztonságos a CT elvégzése.

Ultrahang

Az Ultrahangot (UH) piezoelektromos kristályok segítségével képezik. A piezoelektromos kristályok a piezoelektromosság elvén működnek.^{133,134} A piezoelektromosság olyan fizikai jelenség, melynek során bizonyos anyagokon (például kristály, kerámia) összenyomás

132 Dr. Oláh András, Fullér Noémi és Sziládiné Fusz Katalin, A képalkotó diagnosztika alapjai

133 Dr. Oláh András, Fullér Noémi és Sziládiné Fusz Katalin, A képalkotó diagnosztika alapjai

134 Wikipédia szócikk, 2021, Piezoelektromosság

hatására elektromos polarizáció (töltésszétválasztás) lép fel. Így a mechanikai feszültségváltozás elektromos feszültséget hoz létre. A fordított effektus során elektromos feszültség hatására megváltozik az alakjuk. Ez utóbbi az inverz piezoelektromosság. A jelenség tehát megfordítható, ugyanabban az anyagban oda-vissza működik.

A kristályok megfelelő frekvenciájú jelekkel UH tartományba eső (1-100 MHz) mechanikai rezgéseket képesek előállítani, illetve a piezoelektromos tulajdonságú anyagokkal UH-frekvenciájú hangok detektálhatók. A jelenség tehát mind az UH előállítására, mind az érzékelésére alkalmas eszközök működésében jelentős szerepet játszik.

Az ultrahangpulzus visszaverődése a különböző struktúrákról adja az ultrahang képalkotás alapját. Ahhoz, hogy visszaverődés jöjjön létre különböző anyagok határterületein. A két anyagnak különböznie kell az akusztikus impedanciájukban.

Az ultrahang folyamatosan veszít az energiájából, az ultrahang-energia hővé alakul. A víznek van a legkisebb gyengítése, így az ultrahangot nagyon jól vezeti.

Az UH képalkotáshoz használt eszközök:

- transzducer
- kezelői felület
- monitor

Az előkészületek minimálisak. A vizsgált személy éhgyomorra érkezzen és ne ürítse ki a hólyagját, amennyiben hasi vagy kismencedei UH-ra érkezik. A vizsgálat előtt nem szabad kávét fogyasztani rágozni, illetve dohányozni. Az UH vizsgálat elvégzése biztonságos akár kismamákon vagy csecsemőkön is, azonban csupán a felületi lágyrészek vizsgálatára alkalmas, a csont mögötti struktúrák nem vizsgálhatóak ultrahanggal.^{135,136}

135 Dr. Oláh András, Fullér Noémi és Sziládiné Fusz Katalin, A képalkotó diagnosztika alapjai

136 Wikipédia szócikk, 2021, Piezoelektromosság

MRI és fMRI

a) MRI

Az MRI, a Magnetic Resonance Imaging-ből létrejött rövidítés. Magyarul mágnesesrezonancia-képalkotásnak fordítják, ezért hazánkban gyakran csak MR-nek rövidítik. Legfőképpen az agyi képalkotás területén használatos. Az 1970-es évek nagy jelentőségű felfedezése volt.^{137,138}

o Működése

Az MR vizsgálatához erős külső mágneses térre van szükség, ezért egy mesterségesen fenntartott erős mágneses térbe helyezik a vizsgált testrészt. Általában kétféle mágnest használnak, az alacsonyabb mágneses térerősség (0,2-0,5 Tesla) esetén permanens mágnest. A magasabb mágneses térerőt (1-7 Tesla) szupravezető mágnessel lehet elérni.

A mágneses erőter elbillenti a hidrogénatomokban a protonok tengelyének irányát. Azért alkalmas a hidrogén a tanulmányozásra, mert elegendő mennyiségben van jelen és páratlan protonszámú. A test körülbelül 70 százalékát víz alkotja, amely részben hidrogénből épül fel. Ezeket a szkennelés alatt, rétegenként plusz energiával „bombázzák”, ezzel megváltoztatják a tengelyek dőlését. Ezután a proton, miközben igyekszik visszaállítani eredeti dőlésszögét, a kapott energiát visszasugározza. Ezt a visszasugárzott energiát képes mérni a készülék és ez alapján rekonstruálható háromdimenziós kép is. Így szisztematikusan, tetszőlegesen beállított síkokban képeket készítenek, amelyekből információt nyernek az adott térfogaton található szövetek víztartalmáról, sűrűségéről, végső soron az anyagáról, mely a strukturális elemzésekhez szükséges.

o A berendezés felépítése

A készülék központi része egy mágnes, melynek mágneses terébe fektetik a vizsgált személyt. A mágneses tér erőssége nagyban meghatározza a kinyerhető jel erősségét, így

137 Dr. Oláh András, Fullér Noémi és Sziládiné Fusz Katalin, A képalkotó diagnosztika alapjai

138 Wikipédia szócikk, 2024, Mágnesesrezonancia-képalkotás

erősebb mágnessel jobb minőségű képet kaphatunk és a mérés ideje is csökkenthető. Ebből a szempontból kétféle készülék különböztethető meg. Az **alagút rendszerű** és a **nyitott mágneses MRI**.

Az alagút rendszerű elterjedtebb, amely egy nagy szupravezető tekercsből áll, melynek közepe (a páciens tér) egy szűk, működés közben zajos hely. Ezek általában nagyobb teljesítményű berendezések.

A nyitott mágnessel szerelt készülékek kényelmesebbek lehetnek a szűk, zárt, zajos helyen szorongó betegek számára. A hátrányuk viszont az, hogy a gyengébb mágnessel rosszabb képminőséget produkálnak.^{139,140}

b) fMRI

Az MRI-nak többféle típusa létezik, például sMRI, szívMRI, diffúziósMRI stb., Az általam elemzett dokumentumok és kutatások elsősorban fMRI képalkotó eljárással dolgoztak, ezért ennek működését, képalkotó lehetőségeit szeretném részletesebben kifejtetni.^{141,142}

Az fMRI a funkcionális MRI vagy funkcionális mágneses rezonanciavizsgálat rövidítése, az MRI egy specializált típusa, amely az idegi aktivitással összefüggésben lévő hemodinamikus választ méri az emberek és állatok agyában vagy gerincvelőjében. Ez az eljárás a legújabban kifejlesztett képalkotóformák egyike. Az 1990-es évek elejétől kezdve az fMRI domináns módszerre vált az agy feltérképezésének területén, mely annak tulajdonítható, hogy nem invazív eljárás, nem használ radioaktivitást, valamint viszonylag széleskörűen hasznosítható.

139 Dr. Oláh András, Fullér Noémi és Sziládiné Fusz Katalin, A képalkotó diagnosztika alapjai

140 Wikipédia szócikk, 2024 Mágnesesrezonancia-képalkotás

141 Wikipédia szócikk, 2024, Mágnesesrezonancia-képalkotás

142 Wikipédia szócikk, 2024, Funkcionális mágneses rezonanciavizsgálat

- Működési elve

Amikor az idegsejtek aktívak, oxigént használnak fel, melyet a vörösvértestben lévő hemoglobin szállít el a helyi kapillárisoktól. A válasz erre az oxigénfelhasználásra a felerősödött véráramlás a megnőtt aktivitású területeken, amely az idegi aktivitás után hozzávetőlegesen 1-5 másodperc késéssel jelentkezik. Ez az úgynevezett hemodinamikus válasz 4-5 másodperc után éri el a tetőfokot, mígnem visszaesik az alapszintre (és jellemzően rövid ideig az alá is). Ez helyi változásokhoz vezet nemcsak az oxihemoglobin és a dezoxihemoglobin relatív koncentrációjában, hanem az adott agyterület vérmennyiségében és véráramlásában is.

A vér-oxigén-szint függő (Blood-oxygen-level dependent) vagy más néven BOLD fMRI egy olyan módszer, mely lehetővé teszi, hogy megfigyeljük, hogy az agy mely területei aktívak adott időben. Ezt először dr. Seiji Ogawa találta fel 1990-ben, majd 1992-től követte munkásságát dr. Kenneth Kwong. A neuronok nem rendelkeznek belső tartalék energiával glükóz és oxigén formájában, így a sejtek tüzelése még nagyobb energiaszükségletet eredményez. Egy úgynevezett hemodinamikus válasz-folyamaton keresztül a vér nagyobb mértékben szállít oxigént az aktív, mint az inaktív neuronokhoz. A mágneses érzékenységben lévő különbség az oxihemoglobin és a dezoxihemoglobin között, és így az oxigéndús és az oxigénszegény vér között, a mágneses jel változásához vezet, melyet MRI szkennelrel detektálhatunk. Statisztikai módszerekkel lehetőség nyílik meghatározni, hogy az agy mely területei aktívak a gondolatok, mozgások és élmények alatt.

Néhány mai eredmény alapján elmondható, hogy az idegi aktivitást követő felerősödött véráramlás nem okozati kapcsolatban áll az agyi régiók anyagcsere igényével, hanem inkább a neurotranszmitterek, különösen a glutamát irányítja. A BOLD jel nagyobb artériák és vénák, kisebb arteriolák és veniolák valamint a kapillárisok véráramlásából áll. Kísérleti eredmények azt mutatják, hogy a BOLD jel nagyobb lehet a vékonyabb ereknél, és ezáltal sűrűbb lehet az aktív neuronoknál, ha nagyobb mágneses mezőben vizsgálják őket.^{143,144}

143 Wikipédia szócikk, 2024, Mágnesesrezonancia-képzéskészítés

144 Wikipédia szócikk, 2024, Funkcionális mágneses rezonanciavizsgálat

A BOLD eredményeket a képek gyors elkészítésével nyerhetőek. A képek általában 1-4 másodpercenként készülnek. A legújabb technikai fejlődések, mint például a magas mágneses mezők és a fejlett többcsatornás RF felvételek használata, jobb térbeli felbontást eredményeznek. Bár az eseményhez kötött fMRI esetében az ingerekre adott válaszok szorosan együtt mutatkoznak (kb. 1-2 másodpercenként jelentkeznek), a BOLD válaszok teljes időtartama akár 15 másodperc is lehet a fő pozitív jel előtti szakaszon.”

- Előnyök és hátrányok

„Mint minden más technikának, az fMRI-nek is vannak előnyei és hátrányai. Annak érdekében, hogy az ezzel foglalkozó kísérletek igazán hasznosak legyenek, nélkülözhetetlen a figyelmes tervezés és a kísérletek gondos levezetése.

Az fMRI előnyei:

- Felvételt tud készíteni az emberek és egyéb állatok agyi jeleiről a radioaktivitás kockázata nélkül, amely más eljárásoknál (például CT) veszélyt jelenthet.
- Felvételt tud készíteni egy 3–6 mm²-es területről, ami az EEG téri felbontásához képest igen jó, ám viszonylag gyenge időbeli felbontással bír, összehasonlítva ugyancsak az EEG technikájával. Az EEG elektromos/idegi aktivitást mér, míg az fMRI a vér aktivitását méri, amely mindenképp hosszabb válasszal rendelkezik. Az MRI berendezés (természetesen fMRI-nél is használható) magas időbeli felbontást is mutathat, ha más jelenséget vizsgál.^{145,146}

Az fMRI hátrányai:

- A BOLD jel csak az idegi aktivitás indirekt mérése, és ezáltal a test más, nem-idegi változásai is nagyban befolyásolják a jelek alakulását.

145 Wikipédia szócikk, 2024, Mágnesesrezonancia-képző

146 Wikipédia szócikk, 2024, Funkcionális mágneses rezonanciavizsgálat

- A BOLD jelek sokkal erősebb összefüggést mutatnak az adott terület bemenetével, mint a kimenettel. Ennélfogva a BOLD jel láthatóvá válik egy adott területen akkor is, ha ott nincs önálló aktivitás.
- A különböző agyi területek eltérő hemodinamikus válasszal rendelkeznek, melyeket sajnos nem lehet teljes pontossággal visszaadni az fMRI időbeli jeleinek szűrésére gyakran használt általános lineáris modellel.
- Az fMRI-t gyakran használják arra, hogy lokalizáltan mutassák meg a különböző régiók aktivitását, minimalizálva ezzel az idegi hálózatokban zajló folyamatok természetével kapcsolatos kételyeket. Számos mai többváltozós statisztikai eljárás fáradozik azon, hogy pontosan jellemezze az „aktív” régiók közötti interakciókat, melyeket egyváltozós technikákkal fedeztek fel.
- Az fMRI-t általában azért alkalmazzák, hogy megpróbálják meghatározni, hogy hol jelentkezik az adott feladat közben aktivitás az agyban. Néhány kutató azonban azokat a modelleket részesítené előnyben, melyek megmagyarázzák, hogyan működnek a pszichológiai mechanizmusok.
- Az fMRI-nek viszonylag alacsony a jel-zaj aránya, legalábbis más elektrofiziológiai technikával összehasonlítva. Ez szükségessé teszi a mélyrehatóbb utóvizsgálatokat, így a publikált fMRI-eredmények majdnem minden esetben súlyosan átlagoltak, és valamennyire torzítottak is.”^{147,148}

147 Wikipédia szócikk, 2024, Mágnesesrezonancia-képzéskészítés

148 Wikipédia szócikk, 2024, Funkcionális mágneses rezonanciavizsgálat

	MRI	CT	SPECT	PET
Alapja	atommagok mágneses rezonanciája	röntgensugár- transzmisszió	foton- emisszió	pozitron- emisszió, koincidencia- detektálás
Felhasználható jelzőanyag	gadolinium	jódos kontrasztanyag	fotonemittáló radionuklid	pozitronemittáló radionuklid
Leggyakrabban használt izotópok (PET, SPECT) illetve vizsgált atomok (MRI)	^1H , ^{23}Na , ^{31}P	–	^{123}I , ^{131}I , $^{99\text{m}}\text{Tc}$, ^{133}Xe	^{11}C , ^{13}N , ^{15}O , ^{18}F
Mit vizsgál elsősorban	struktúra	struktúra	funkció	funkció
Legjobb térbeli feloldás (mm)	< 1	1	4–5	2,8
Tipikus adatgyűjtési idő (perc)	20	2	15	20
Biológiai sugárterhelés egy átlagos vizsgálat során (mSv)	nincs	2–8	6–10	2–10

2. ábra

Hibrid eljárások

Az ezredforduló óta eltelt néhány évben a radiológiai és a nukleáris medicina diagnosztikai eljárásokat kombináltan alkalmazó multimodális, multiparametrikus, háromdimenziós (3D) hibrid képalkotó diagnosztikai rendszerek széles körben elterjedtek, és napjainkra hazánkban is a klinikai diagnosztika szerves részévé váltak.¹⁴⁹

Ide tartoznak:

- A PET és CT módszert ötvöző: PET/CT technika
- MR vagy MRI (Mágnesesrezonancia-képalkotás)
- Az izotópdiaosztikai eljárás (PET és CT) mágnesesrezonancia-képalkotással (MRI) történő kombinált alkalmazása

149 Dr. Tóth Zoltán és mtsai, 2018, A PET/MR képalkotás magyarországi klinikai alkalmazásának lehetőségei, első tapasztalatai

5.2., Vizsgált területek bemutatása

5.2.1., Az agyterületek vonatkozásainak bemutatás

Az agyvelő részei:

- Truncus cerebri részei: medulla oblongata, pons, mesencephalon, cerebellum
- Diencephalon részei: thalamus, hypothalamus, metathalamus, epithalamus
- A Cerebrum részeit a hemispheriumok kéregállománya alkotja: lobus frontalis, lobus parietalis, lobus temporalis, lobus insularis, lobus occipitalis.

Az érzelmi folyamatokban jelentős szerepet játszó területek:

- a) Truncus cerebri:

Magcsoportok:

- **Locus coeruleus:** stresszre, pánikra adott válaszok irányításában vesz részt, a noradrenalin agyi szintézisének fő helyszíne, sok noradrenalinra érzékeny agyterülettel áll kapcsolatban, az alvás-ébrenlét fázist irányító RAS része
- **Raphe nuclei:** 5-TH1 receptorokkal rendelkeznek, amelyek a **szerootonin** receptorok családjának egy kategóriájába tartoznak. Szerepük, hogy csökkentik a szerotonin „kibocsátást”.

Itt ered a VII. agyideg is, amely a mimikát irányítja.

- b) Limbicus rendszer:

A limbicus rendszerhez tartozó agyrészek a legősibb kérgi asszociációs mechanizmusok székhelyei. Legfontosabb bemeneti információit a szaglás és a bőrkontaktus adja. A nemi és

egyéb hormonális funkciók is a limbicus rendszerhez kötöttek. Fontos szerepet játszik az ösztönök irányításában, az érzelmi megnyilvánulásokban (pl. öröm, boldogság, harag, félelem) ez által meghatározza az illető magatartását is, amely veleszületett és szerzett elemeket tartalmaz. Az agykéreg emléklenyomat beépítő működésében is jelentős szerepet játszik.¹⁵⁰

Fontos részei:

- **Amygdala:** elkerülő, félelmi reakciók, medialis és corticalis területei a szaglórendszerből kapnak afferenseket
- **Hippocampus:** emlékek kódolása, tárolása
- **Parahippocampal gyrus és a cingulate cortex:** szintén az emlékekkel állnak kapcsolatban
- **Septal nuclei:** fontos szerepük van a jutalmazó rendszerben
- **Mammillary body:** az amygdala és hippocampus közti kommunikációt segíti elő
- **Fornix** információt gyűjt a mammillary body-től és a hippocampustól, majd továbbítja a thalamusnak

c) Neocortex:

Frontális területek lateralizációja összefüggést mutat az érzelmek minőségével. Jobb agyféltekei dominancia:

- Az érzelmek szabályozása, kifejezése
- Mimika és testbeszéd felismerése, értelmezése
- Félelemmel kapcsolatos érzelmek felismerése (amíg a bal agyfélteke a szociális helyzetekkel kapcsolatos érzelmekben feldolgozásában játszik domináns szerepet)

Nem domináns félteke temporális cortexe:

- **MPOA:** a hypothalamus egy részét képezi, férfiak és nők esetében is a szülői gondoskodás kialakításában, szabályozásában játszik szerepet. Patkányok esetében ennek a területnek fokozott a fontossága az anyai viselkedés kialakításában és fenntartásában.
- **Parietális cortex:** szenzoros információk közvetítésében vesz részt.
- **Primary szomatoszenzoros kéreg:** tudatos éberség a szomatikus ingerekre (pl. hőinger, tapintás, szagok)
- **Szomatoszenzoros asszociációs kéreg:** analizálja, észleli memorizálja a szomatikus ingereket (értelmet ad az észlelt dolgoknak), az ingereket a primary szomatoszenzoros kéregből továbbítva kapja.
- **Posterior asszociációs terület:** átnyúlik az occipitális és a temporális lebeny területére így vizuális és auditív ingereket is kap a szomatoszenzoros ingerek mellett. Ezeket az ingereket értékeli és továbbítja az agy többi részébe (pl. prefrontális kéreg, primary motoros kéreg)
- **Nucleus accumbens:** releváns információk összekapcsolása

d) Agypályák

Az azonos jellegű és működésű neuronok rostjai pályákat (=tractusokat) alkotnak a központi idegrendszerben. (A központi idegrendszerből kilépve nervusoknak nevezzük őket.)¹⁵¹

Az agypályák három csoportra oszthatóak:

- **Projekciós:** hosszú vetületi pályáknak is nevezzük őket. A központi idegrendszer különböző pontjait kötik össze (pl. az agykérget a gerincvelővel vagy fordítva)
Típusai: Afferens érzőpályák, efferens mozgatópályák
 - **Fornix:** számos agyterületet köt össze, kapcsolatban áll a limbicus rendszerrel (Papez gyűrű része) a hippocampussal és a thalamussal.

- Coroana radiata: az agykérget az alacsonyabb agyrészekkel köti össze, leszálló és felszálló pályákat is tartalmaz.
- Capsula interna: nagyagyfélteki agypályák alkotják, kapcsolatban áll a thalamussal, a nucleus caudatussal és a nucleus lentiformissal, (összekapcsolja pl. központi látópályát, központi hallópályát stb.)
- Asszociációs: az egyik oldali agyfélteke különböző kéregterületeit kötik össze egymással, ergo a társítás (asszociáció) szolgálatában állnak.
 - Cingulum
 - Fasciculus longitudinalis superior (a frontális lebenyt összeköti a parietális és a temporális lebennyel)
 - Fasciculus longitudinalis inferior (occipitális lebenyt a temporálissal)
 - Fasciculus uncinatus (frontális lebenyt a temporálissal, illetve az amygdala szomszédságában végződik)
 - Fasciculus occipitofrontalis (frontális lebenyt az occipitálissal)
- Commissuralis: a két oldali agyfélteke identikus pontjait kötik össze a bilaterális szimmetriájú központok összekapcsolásával (pl. a szimmetrikus mozgások létrehozásában jelentős szerepet játszanak).
 - Corpus callosum (hatalmas pályarendszer, az agykéreg valamennyi rétegében végződnek)
 - Commisura anterior (a kétoldali temporális lebenyt és hippocampust köti össze)
 - Commissura hippocampi (a két hippocampust köti össze)

5.2.3., Neurotranszmitterek és MA-pályák

Szintézisük általában a neuron somájában zajlik, egyesek (pl. acetilkolin) az axonvégződésben. Az axonvégződésben vezikulomokban tárolódnak.

Egyes aminosavak dekarboxilálásával és egyszervi vagy többszöri oxidálódásával biogén aminok jönnek létre, amelyek neurotranszmitter szerepet töltenek be. Azokat a központi idegrendszeri részeket, amelyek ilyen monoamin transzmittereket tartalmaznak **monoaminerg rendszernek** nevezzük.¹⁵²

A monoaminokat három fő rendszerbe sorolhatjuk:

- Katecholaminok: tirozinból keletkeznek, pl. adrenalin, noradrenalin, dopamin
- Indolaminok: triptofánból keletkeznek, pl. szerotonin
- (Imidazol-aminok: hisztamin tartozik ide, de ez nagyon ritkán fordul elő neurotranszmitterként)

A monoaminerg rendszerhez tartozó idegsejtek magokba tömörülnek. Ezek főként az agytörzsben helyezkednek el. Három típust különböztetünk meg egymástól:

- Noradrenerg magok
- Dopaminerg magok
- Szerotoninerg magok

A monoaminerg rendszer számos érzelmi és pszichés folyamat irányításában részt vesz. (Szexuális magatartás, készítés, jutalmazó rendszer működése, depresszió, skizofrénia stb.)¹⁵³

5.3., Élettani vizsgálatok

Szisztémás gyulladás

A gyermekkori bántalmazás hatására szisztémás gyulladás alakul ki, amint azt a C-reaktív protein (CRP) és a gyulladásos citokinek, köztük a tumor nekrosis faktor-alfa (TNF α) és az

152 Tarsoly Emil, 2010, Funkcionális Anatómia, Medicina Kiadó

153 Tarsoly Emil, 2010, Funkcionális Anatómia, Medicina Kiadó

interleukin-6 (IL-6) mérésével értékelhetők. A gyermekkori bántalmazás összefüggést mutatott a megnövekedett plazma CRP-szinttel és a megnövekedett testtömeg-indexszel 483 résztvevőnél, akiket a pszichózis spektrumában azonosítottak. Depressziós és bipoláris zavarban szenvedő betegekről is beszámoltak a gyulladásos markerek fokozott szintjéről. Nem világos, hogy a gyermekkori bántalmazással összefüggő gyulladások felelősek-e a bántalmazás következtében megfigyelhető hangulatzavarok kialakulásáért.¹⁵⁴

Stresszhormonok szintjének megemelkedése

A bántalmazás a gyermek számára egy folyamatos stresszállapotot indukál, amelyet a bántalmazott gyermekek szervezetében kimutatható magas kortizolszint igazol.¹⁵⁵ A stressz és félelem az agy HPA- (hypothalamic-pituitary-adrenal), vagyis stressz-válasz rendszerének repetitív aktiválódásához vezet. Ez megváltoztatja a glükokortikoidok, például a kortizol szabályozását. Emelkedett szinten vagy rendszeresen ismételt aktiváció esetén a kortizol neurotoxikus hatást fejt ki, különösen a fejlődés korai szakaszában.¹⁵⁶

Érdekes megfigyelés, hogy alacsonyabb kortizolszintet és gyengített kortizol-reaktivitást figyeltek meg néhány gyermekkori traumának kitett személy esetében. A leszabályozás jellemzően serdülőkorban kezdődik. Ennek oka az lehet, hogy HPA krónikusan magas aktivitása következtében megnövekedik a glükokortikoid receptor érzékenysége, potenciálisan kompenzációs stratégiaként. Ez tompított stresszreaktivitáshoz és alacsonyabb kiindulási kortizolszinthez vezet.¹⁵⁷

A bántalmazott gyermek folyamatos készenléti állapotban van, ezt hívjuk hypervigilanciának, amely gyakran együtt jár a test felfokozott, intenzív stresszválasz-

154 Elizabeth T.C. Lippard és Charles B. Nemeroff, 2020, The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders

155 Thomas, De Bellis, 2004; De Bellis, 2005; idézi: Babity Mária, 2013, A gyermekkibántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata

156 Dorthie Cross, Negar Fani, Abigail Powers és Bekh Bradley, 2017, Neurobiological Development in the Context of Childhood Trauma

157 Dorthie Cross, Negar Fani, Abigail Powers és Bekh Bradley, 2017, Neurobiological Development in the Context of Childhood Trauma

készségével (hyperarousal), vagyis a test túlzó reakciót ad, hiszen folyamatosan veszélyhelyzetet sejt.¹⁵⁸

A stresszhormonok állandóan magas szintje károsítja a stresszre-szenzitív agyterületeket is. A hippocampus, a prefrontális cortex és az amygdala vannak kitéve leginkább a stressz általi károsodásnak.¹⁵⁹ Általános neurobiológiai környezetben ezek az agyterületek perceptuális ingerek hatására különböző információkat kódolnak és kötnék össze, például a hippocampus a „ki” és „merre” információkat köti össze a „mikor” és „merre” információkkal, amíg a prefrontális kéreg a dolgok „miért”-jét tudja meghatározni, „előkeresni”. A prefrontális cortex ezen felül az amygdalára is hatással van, képes csökkenteni annak aktivitását, illetve kommunikál a hippocampussal az érzelmi és perceptuális információkat illetően. Az állandó stresszhelyzetben ezek az agyterületek nemcsak hatékonyságukban csökkennek, de képesek hibás információkat közölni, hibásan kódolni azokat.¹⁶⁰

FKBP5 gén polimorfizmus vizsgálatának szerepe a gyermekkori bántalmazással összefüggésben

A HPA rendszer gyermekkori traumák által létrejött diszfunkcionális működése és ennek a gyermek neurobiológiai fejlődésére gyakorolt következménye jobban megérthető, ha olyan genetikai és epigenetikai folyamatok összefüggésében vizsgáljuk, amelyek a glükokortikoid kibocsátással kapcsolatban állnak. Ehhez a legrelevánsabb a FKBP5 gén és a gyermekkori bántalmazás közötti gén-környezet kölcsönhatásainak vizsgálata.¹⁶¹

Az FKBP5 gén hozzájárul a glükokortikoid receptor érzékenység szabályozásához. A FKBP5 polimorf változataiban megfigyelhető a csökkent receptorérzékenység, ami a HPA

158 Thomas, De Bellis, 2004; De Bellis, 2005; idézi: Babity Mária, 2013, A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata

159 Dorthie Cross, Negar Fani, Abigail Powers és Bekh Bradley, 2017, Neurobiological Development in the Context of Childhood Trauma

160 Dorthie Cross, Negar Fani, Abigail Powers és Bekh Bradley, 2017, Neurobiological Development in the Context of Childhood Trauma

161 Dorthie Cross, Negar Fani, Abigail Powers és Bekh Bradley, 2017, Neurobiological Development in the Context of Childhood Trauma

rendszer negatív visszacsatolásainak csökkenéséhez, azaz a stresszválasz lassabb „kikapcsolásához” vezet. A glükokortikoidok tartós emelkedése megzavarja a neurotróf génexpressziót (BDNF) ez által a fehérjeszintézist az agyban, különösen a hippocampuson és a prefrontális cortexen belül. Ez csökkent neurogenezist és neuroplaszticitást eredményez a két régióban, illetve jelentősen rontja a kapcsolatot a két régió között.

Bántalmazott gyermekeknél az FKBP5 polimorfizmus vizsgálatának relevanciája legerősebben a felnőttkori PTSD tüneteinek kialakulásának előrejelzésében figyelhető meg, de a FKBP5 gén polimorfizmusok más pszichopatológiákkal is kölcsönhatást mutatnak, köztük a depresszió és a pszichózis felnőttkori kockázatát jósolják meg.¹⁶²

Fontos szerepe van az epigenetikai mechanizmusoknak, például a DNS-metilációnak annak megértésében, hogy a gyermekkori traumák miként vezetnek neurobiológiai változásokhoz és a pszichopatológia későbbi kialakulásához. Olyan felnőttekből álló mintában, akik életük során nagymértékű traumának voltak kitéve, epigenetikai mechanizmusok közvetítik a trauma és az FKBP5 hatását a PTSD és a depresszió tüneteinek felnőttkori kialakulásában. A bántalmazott gyermekek esetében az epigenetikai változások fokozhatják az FKBP5 válaszkészségét, amely hosszú távú negatív változashoz vezet a szervezet stresszreakciós rendszerében. Illetve hatással van a neurális pályák megváltozásához, ami nagyobb kockázatot jelent traumával összefüggő pszichiátriai rendellenességek megjelenésénél felnőttkorban. A DNS-metilációra gyakorolt hatásokat csak a gyermekkori traumák esetén figyelték meg, tovább hangsúlyozva a korai fejlődésben előforduló traumás események lehetséges hatását.¹⁶³

Változások az agyi struktúrákban és funkciókban

Az agy érintettségére vonatkozó részletes kutatást Teicher végzett kollégáival. Borderline személyiségzavaros betegek kezelésekor kezdte feltételezni, hogy a gyermekkori abúzus elváltozásokat okoz a limbicus rendszerben, főként a hippocampusban (amely az emlékek

162 Dorthie Cross, Negar Fani, Abigail Powers és Bekh Bradley, 2017, Neurobiological Development in the Context of Childhood Trauma

163 Dorthie Cross, Negar Fani, Abigail Powers és Bekh Bradley, 2017, Neurobiological Development in the Context of Childhood Trauma

rögzítésében játszik kulcsfontosságú szerepet) és az amygdalában (amely például az emlékekhez kapcsolt érzelmekben, az emlékek rögzítésében, a kondicionált félelem kialakításában és az agresszív válasz-reakciókban játszik szerepet többek között és számos mentális betegséggel kapcsolható össze az abnormális működése).

A kutatók érdekes hipotézissel álltak elő. Az említett limbicus régiók a temporális lebeny kérge alatt helyezkednek el, ezért Teicher és kollégái, arra a feltételezésre jutottak, hogy a hippocampus sérülése és az amygdala túlzott ingerlése hasonló tüneteket produkálhat, mint temporális lebeny epilepsziában (TLE) szenvedők esetében (a TLE ugyanis megzavarja az említett magvak működését), így első vizsgálatukban TLE-hez kapcsolódó tüneteket mutató klienseket vizsgáltak. A vizsgált személyeknek valamivel több, mint fele jelentette, hogy gyermekkorában bántalmazták. A súlyosabb vagy több területen (szexuálisan, fizikálisan, érzelmileg) bántalmazott vizsgálati személyek tünetei is súlyosabbak voltak, az elszenvedett bántalmazással arányosan emelkedve. Ez a vizsgálat azért is jelentőségteljes, mert a limbikus rendszer zavara magyarázatul szolgálhat a bántalmazott embereknél megfigyelhető disszociatív tünetekre és az érzelmi szabályozás hiányosságaira.

Teicher és munkatársai EEG vizsgálatok során rendellenességet tapasztaltak a bántalmazott csoport tagjainál, főként a frontális és a temporális lebeny környékén, amely mindkét agyfélteke helyett főként bal agyféltekét érintette. MRI vizsgálatok által bebizonyosodott, hogy a gyermekkorukban fizikálisan vagy szexuálisan bántalmazott és PTSD-vel diagnosztizált személyek bal hippocampusza átlagosan 12%-kal kisebb, mint a nem bántalmazott kontroll személyeké, a jobb hippocampusz azonban nem érintett. Valószínűleg ennek köszönhető az, hogy a verbális memóriateszteken a bántalmazott személyek rosszabbul teljesítettek.¹⁶⁴

164 Teicher, M.H., Glod, C.A. és Ackerman, E., 1998, Preliminary Evidence for Aberrant Cortical Development in Abused Children: A Quantitative EEG Study. The Journal of Neuropsychiatry Clinical Neurosciences

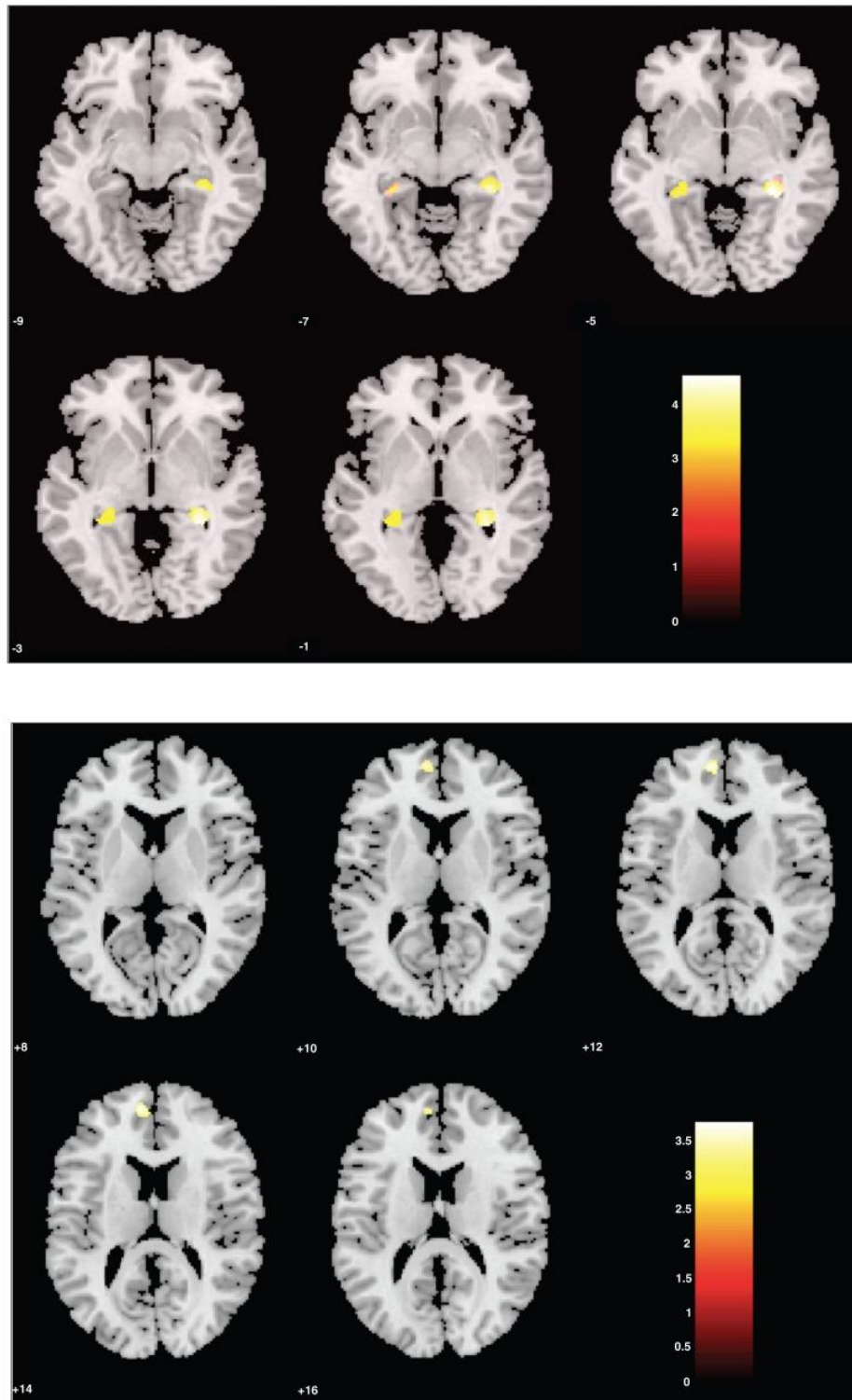
2001-ben Martin Driessen és kollégái gyermekkorukban bántalmazott borderlineos betegeket vizsgálva 16%-os csökkenést találtak a hippocampusz és 8%-os csökkenést az amygdala méretében.¹⁶⁵

Emellett a vizsgálati személyek depressziója, ellenségessége és ingerlékenysége között szignifikáns kapcsolat mutatható ki a bal hippocampusz méretcsökkenésének aránya és a disszociatív tünetek súlyossága, valamint a bal amygdala méretcsökkenése közt.

Hasonló eredményekre jutott egy 83 személy bevonásával készült, MRI és VBM eljárást alkalmazó kutatás is, amely súlyos depressziós embereket vizsgált.¹⁶⁶ Eredménye szerint a szürkeállomány térfogata szignifikánsan csökkent a hippocampusban, illetve szignifikánsan megnövekedett a dorsomedialis prefrontális kéregben (DMPFC) és az orbitofrontális kéregben (OFC) azoknál a résztvevőknél, akik gyermekkorban bántalmazást tapasztaltak, összehasonlítva azokkal, akik nem. A betegek bal OFC-e és bal DMPFC-e azonban kisebb térfogatú, mint a kontrollcsoport részvevőié. Ezek az eredmények azt sugallják, hogy a kora gyermekkori rossz bánásmód összefüggésben áll az agy szerkezeti változásaival, nemtől, életkortól és depressziótól függetlenül, így a tanulmány rávilágít a gyermekkori rossz bánásmód fontosságára az agyi struktúrák vizsgálatakor.

165 Martin Driessen és mtsai, 2001; idézi: Martin H. Teicher, 2005, Scars that won't heal: The Neurobiology of Child Abuse

166 Aisling Chaney, Angela Carballedo, Francesco Amico, Andrew Fagan, Norbert Skokauskas, James Meaney, és Thomas Frodl, 2014, Effect of childhood maltreatment on brain structure in adult patients with major depressive disorder and healthy participants



3. ábra

Laura L. M. Cassiers és munkatársai 2018-ban összegyűjtötték a 2017 és 2018 közötti, bántalmazott gyermekeket érintő kutatásokat (ez összesen 25 szakíratot jelent) és összegző tanulmányt készítettek az adatok alapján, amelyet jól szemléltet az alábbi táblázat¹⁶⁷:

Trauma subtype	SA	PA	PN	EA	EN	EM	Neglect
VOLUME							
Amygdala	↔					↔↔	
Hippocampus	↓					↔↔	
Frontal cortex	↓						
ACC	↔↔	↓↔↔		↓↔↔	↓		
mPFC		↓				↓	
dlPFC		↓					
Somatosensory cortex	↓			↓			
Visual cortex	↓				↓		
Caudate nucleus	↓	↔↔		↔↔	↓		
Corpus callosum	↓ ↓	↓	↓			↔↔	
Cerebellum		↔↔				↔↔	
ACTIVITY							
Amygdala	↑	↔↔↔		↑↔		↑↓↔↔	↔
Hippocampus						↔↔	
ACC	↔↔	↔↔	↔↔			↔↔	
mPFC	↔↔	↔↔	↔↔			↑↓↔↔↔	
dlPFC				↑		↓	
vlPFC				↑		↔↔	
Insula	↔↔	↔↔	↔↔			↔↔	
Ventral striatum					↓		

4. ábra

A táblázatban a felfelé és a lefelé nyíl a méretben és ingerlékenységben való növekvést, illetve csökkenést jelzi, míg az oldalra mutató nyilak azt jelzik, hogy nincs különbség a kontroll csoporthoz képest. A nyilak vastagságát az határozza meg, hogy mennyi volt a vizsgálati minta.

167 Laura L. M. Cassiers, Bernard G. C. Sabbe és munkatársaik, 2018, Structural and Functional Brain Abnormalities Associated With Exposure to Different Childhood Trauma Subtypes: A Systematic Review of Neuroimaging Findings

A bántalmazott személyeknél több agyi struktúra szignifikáns csökkenése figyelhető meg, amíg aktivitásban ennek az ellenkezője, hiperérzékenység. Az érzelmileg elhanyagolt gyermekek esetében rendelkezésre állt olyan tanulmány, amely csökkent ingerlékenységet mutat a ventrális striatum aktivitásában. Ez az agyterület kulcsfontosságú szerepet játszik jutalmazásban, motivációban és döntés-hozásban,¹⁶⁸ ez részleges magyarázatul szolgálhat az érzelmileg elhanyagolt gyermekek későbbi depressziójára.

A tanulmány eredményei szerint a szexuális bántalmazást elszenvedett gyermekek jutalmazó-rendszere, valamint a genitoszenzoros cortexe sérült. A múltbeli események felidézésekor amigdaláris hiperaktivitás figyelhető meg. Az érzelmileg elhanyagolt gyermekek esetében a fronto-limbikus, vagyis a szociális-emocionális feladatokat irányító pálya abnormális működése figyelhető meg. Az elhanyagolt gyermekek fehérállományában és kapcsolatában is sérülést fedeztek fel, amely több pályarendszert is érint, így széles körű funkciózavarokat eredményez. Illetve a bántalmazás minden típusánál megfigyelhető a frontális kéreg csökkenése.¹⁶⁹

A végrehajtó funkciók irányításában jelentős szerepet játszik a frontális kéreg, ugyanúgy, mint például a figyelem fenntartásában, irányításában, illetve az ingerekre adott emocionális és viselkedésszerű válaszok céltudatosságában. Szerepet játszik a munkamemória, a kognitív flexibilitás, az absztrakt gondolkodás és a gátló funkciók irányításában is. Nem meglepő módon megfigyelhető, hogy a gyermekként bántalmazott felnőttek komoly gondokkal küzdenek ezeken a területeken, ezen felül ezeknek a funkcióknak a csökkent hatékonysága megnöveli a rizikóját a depresszió és a PTSD kialakulásának.¹⁷⁰

A szülői verbális bántalmazás, a családon belüli erőszak és a szexuális zaklatás kifejezetten az auditív, vizuális és szomatoszenzoros kérést és az averzív élményt feldolgozó és közvetítő

168 Jean-Claude Dreher és Léon Tremblay, 2009, Handbook of Reward and Decision Making

169 Laura L. M. Cassiers, Bernard G. C. Sabbe és munkatársaik, 2018, Structural and Functional Brain Abnormalities Associated With Exposure to Different Childhood Trauma Subtypes: A Systematic Review of Neuroimaging Findings

170 Dorthie Cross, Negar Fani, Abigail Powers és Bekh Bradley, 2017, Neurobiological Development in the Context of Childhood Trauma

útvonalakat célozza meg. A gyermekkori bántalmazás igazolható morfológiai változásokkal jár az elülső cingulate, a dorsalis lateralis prefrontális és az orbitofrontális kéregben, a corpus callosumban és a felnőtt hippocampusban, valamint a mimikára adott fokozott amygdala-reakcióval és a várt jutalomra adott csökkent striatális reakcióval jár. Ezeknek a régióknak és az összekapcsolódó útvonalaknak vannak érzékeny expozíciós időszakai, amikor a legsebezhetőbbek. A korai depriváció és a későbbi bántalmazás ellentétes hatással lehet az amygdala térfogatára. Az eredetileg pszichiátriai betegségnek tulajdonított strukturális és funkcionális rendellenességek közvetlenebb következményei lehetnek a bántalmazásnak.¹⁷¹

A gyermekkori rossz bánásmód nagymértékben befolyásolja az agy fejlődését. Ezek az agyi változások leginkább adaptív válaszokként értelmezhetők, amelyek elősegítették a túlélést és a szaporodást a nehéz időszakban/a bántalmazó körülmények ellenére. A pszichopatológiával való kapcsolatuk összetett, mivel mind az érzékeny, mind a rugalmas egyénekben észlelhetőek, akiket gyermekkorukban bántalmaztak.¹⁷²

Az agyterületek közti kapcsolatokban bekövetkező változások

Bár az agyi régiók egyenlőtlen ütemben érnek, a különböző területek regionális fejlődése nem tekinthető egymástól függetlennek, hiszen azok szerkezetileg is és funkcionálisan is kapcsolódnak egymáshoz, így elősegíthetik vagy gátolhatják az aktivitást más régiókban. A korai, szenzitív időszakokban a környezeti hatások nem csak egy adott régió normatív fejlődését befolyásolhatják, hanem az adott agyterület többi régióhoz való viszonyának jellegét is.¹⁷³

171 Martin H. Teicher és Jacqueline A. Samson, 2016, Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect

172 Martin H. Teicher és Jacqueline A. Samson, 2016, Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect

173 Dorthie Cross, Negar Fani, Abigail Powers és Bekh Bradley, 2017, Neurobiological Development in the Context of Childhood Trauma

A hippocampus, a prefrontális cortex (PFC) és az amygdala összekapcsolt régiók hálózatának részei. A krónikus stressz csökkenti a hálózaton belüli kapcsolódást, és a csökkent kapcsolat több területen is bekövetkező hiányosságokkal jár.¹⁷⁴

Epigenetikai hatások

Az epigenetikai hatások valójában a génexpresszió DNS-metiláción és acetiláción keresztüli módosulása. Szerepet játszik a koraéletkori stresszt követő káros következmények közvetítésében. Például a monoamin-oxidáz (MAOA) gén első exonjának hipermetilációja a szexuális zaklatás és a depresszió közötti összefüggéshez kapcsolható. A gyermekkori bántalmazás összefügg a glükokortikoid receptor, az FKBP5 gén és a szerotonin 3A receptor epigenetikai módosulásával is, amelyek az öngyilkosság befejezéséhez, a megváltozott stresszhormon-rendszerekhez és a betegség súlyosságához kapcsolódnak. A gyermekkori rossz bánásmóddal összefüggő epigenetikai változásokat az öngyilkosság következtében elhunyt egyénekben azonosították humán posztmortem vizsgálatokban.¹⁷⁵

Az epigenetika is lehet az egyik olyan mechanizmus, amely hozzájárul a trauma generációk közötti átviteléhez, habár fontos megjegyezni, hogy a nem-genomikus mechanizmusok is szerepet játszanak a viselkedés generációk közötti átvitelében. Robusztus irodalom áll rendelkezésre rágszálómodellekről, amelyek támogatják az anyai viselkedés generációk közötti átörökítését, azaz az anyai tulajdonságok utódokra való átadását, beleértve a bántalmazással kapcsolatos fenotípusokat is. A viselkedés generációk közötti átadása az emberekben is szerepet játszik. A traumák generációk közötti átvitelével kapcsolatos újonnan megjelenő adatok fényében az epigenetika fontos, összetett terület, amely jövőbeli tanulmányozást igényel. Nem sok genetikai vizsgálat létezik ezen a területen. Egy tanulmányban, amely a korai életszakasz rossz bánásmódját vizsgálta egy rágszálómodellben, a korai életszakasz bántalmazása (az utódok léptetése, leejtése, vonzsolása és aktív elkerülés) összefüggésbe hozható a prefrontális kéreg megváltozott

174 Dorthie Cross, Negar Fani, Abigail Powers és Bekh Bradley, 2017, Neurobiological Development in the Context of Childhood Trauma

175 Elizabeth T.C. Lippard és Charles B. Nemeroff, 2020, The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders

BDNF expressziójával és metilációjával felnőtt utódok esetében, míg a felnőtt utódok gyengébb anyai gondozási mintákat alkalmaztak saját utódaik nevelése során. A BDNF megváltozott expressziójáról és metilációjáról számoltak be hangulatzavarban szenvedő egyénekben.¹⁷⁶

176 Elizabeth T.C. Lippard és Charles B. Nemeroff, 2020, The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders

6., Korai kötődéskapcsolatok sérülése

Bowlby az 1940-es években árva gyermekekkel kapcsolatban megfigyeli az anyai depriváció negatív eredményeit, megfogalmazódik, hogy a szülőknek nem csak elsődleges gondoskodói szerepe van (táplálás, fizikai védelem), hanem fontos az anya-csecsemő között létrejövő kapcsolat, érintés is.¹⁷⁷

Bowlby felvetése vezetett többet közt a Harry Harlow drótanya-szőranya kísérlethez, amelynek célja, hogy igazolja a korai kötődés fontosságát és annak befolyását a későbbi életre és igazolja, hogy a behaviorista nézetekkel szemben a kisbabák kötődése nem kizárólag a táplálkozással vannak összefüggésben, hanem más szempontok is szerepet játszanak benne.

A kísérlet eredményei: a majomkölykök a frottírral borított szőranyát részesítették előnyben a drótanyával szemben, attól függetlenül melyik szolgáltatja az ételt, félelem esetén hozzá futottak.

Imprinting: az anyai vonások bevésoódnak¹⁷⁸

Kritikus periódus: ha egy gyermek életében a kritikus években nincs meg a gondozói jelenlét, nagy valószínűséggel felnőtt korában nem tud egészséges kapcsolatokat kialakítani.

A legfontosabb kötődés-vizsgálatok:

- 1953: Uganda: Mary Ainsworth: Idegen helyzet teszt
- 1976: Klagsbrun, Bowlby: Szeparációs szorongás teszt (5-12 éves gyermekek)
- 1990: Bretherton: Szeparációs szorongás teszt (óvodás gyermekek)
- 1998: Main, Bowlby: Felnőtt kötődési interjú (3 típust különítenek el:
 1. F: biztonságos, autonóm (az F anyák 70%-nak biztonságosan kötődő a gyermeke)

177 Pléh Csaba, Kovács Gyula és Gyulás Balázs, 2003, Kognitív idegtudomány, Osiris Kiadó

178 Pléh Csaba, Kovács Gyula és Gyulás Balázs, 2003, Kognitív idegtudomány, Osiris Kiadó

2. Ds: hárító
 3. E: „belegabalyodott”
- 1999: IJzendoor: Lyoss, Ruth: Populációs kötődésvizsgálatok (biológiai háttér kutatása)

Az **idegen helyzet teszt**¹⁷⁹: Megfigyelik a játszó gyermeket 20 percen keresztül, amíg a gondozók és idegenek belépnek a szobába, illetve elhagyják azt. A teszt alapján három (majd később négy) kötődés-típust különítettek el:

1. Biztonságos
2. Szorongó-ellenálló
3. Szorongó-bizonytalan
4. (Dezorganizált)

A dezorganizált kötődés: Megfigyelték, hogy a kisgyermekek 10-20%-a nem illeszkedett az idegen helyzet teszt három eredetileg azonosított mintázatához. Ezek a kisgyermekek gondozójuk jelenlétében inkoherens, ellentmondásos módon viselkedtek. A megfigyelt viselkedésjellemzők alapján a csoportnak a dezorganizált/dezorientált nevet adták.

A 90-es évek végén felmerül, hogy a nem megfelelő szülői viselkedés mellett biológiai esendőség is okozhatja a dezorganizált kötődésmintázatot. Dezorganizált kötődésmintákat figyeltek meg Down-szindróma és autizmus esetén.¹⁸⁰

A **polimorf D4 receptor** szerepe a dezorganizált kötődésben^{181,182}: A 11-es kromoszóma telomeréhez közel helyezkedik el a **DRD4 gén**, amely a D4 dopamin receptort kódolja. A gén polimorfizmust mutat tandem módú ismétlődésben (a tandem ismétlődés gének esetében azt jelenti, hogy egy vagy több nukleotid mintegy mintázatot alkotva ismétlődik egymás után

179 Pléh Csaba, Kovács Gyula és Gyulás Balázs, 2003, Kognitív idegtudomány, Osiris Kiadó

180 Pléh Csaba, Kovács Gyula és Gyulás Balázs, 2003, Kognitív idegtudomány, Osiris Kiadó

181 Radek Ptáček, Hana Kuželová és George B. Stefano, 2011, Dopamine D4 receptor gene DRD4 and its association with psychiatric disorders

182 Shoin Tei, Hiroaki Mitsunashi, és Shoichi Ishiura, 2016, Data describing the effect of DRD4 promoter polymorphisms on promoter activity

többször). A gén harmadik exonjában egy 48 bázispárból álló tandem ismétlődés variálódhat 2-11-szer, így különböző szerkezetű D4 receptorok keletkeznek.

A leggyakoribb változatok: 2 (2R), 4 (4R) és 7 (7R). Az eltérő D4 receptorok a fehérjék jelátviteli folyamataiban is különbözőséget mutatnak. Az in vitro tudományos kutatások azt bizonyítják, hogy a 7R alléllal rendelkező receptorok fele olyan érzékenységgűek, mint a 2R és 4R variánsok. Európában a 4R allél a leggyakoribb, a népesség kb. 60%-a hordozza. A 7R allélt kb. 20%-a, amíg a 2R allélt a népesség kb. 10%-a hordozza. A 7R allélt hordozó kisgyermekek közt a dezorganizált kötődés mintázatának kialakulási esélye négyszeres.

Nem elhanyagolható a DRD4 gént szabályozó **promoter szakasz** polimorfizmusa sem a témában. A DRD4 gén promoter szakaszában 120 bázispár tandem ismétlődése variálódhat. A 7R allél és a -521T promoter együttes jelenlétében tizenkétszeres a dezorganizált kötődés kialakulásának kockázata. Ugyanakkor, ha a -521CC promoter homozigótaként van jelen (a 7R allél ellenére) csökken a dezorganizált kötődés kialakulásának esélye.

Még nem tisztázott, hogy az egyértelműen szerepet játszó szülői magatartás a genetikai rizikótól függetlenül vagy azzal kölcsönhatásban játszik-e szerepet a dezorganizált kötődés kialakulásában.

A patkány modell jó megfigyelési alapot ad¹⁸³:

- A patkányok egyedfejlődése jól ismert, ezért jól tanulmányozható.
- A patkánykölykök aktív szociális kapcsolatot alakítanak ki az anyából és utódaiból álló családi közösségben.
- A patkánykölykök keresik az anyával való fizikai kapcsolatot és gondoskodást.
- A kölykök az anyától és a fészekről való szeparáció esetén hasonló reakciót adnak, mint az emberi csecsemők.

A kölykök a szeparációra distressz vokalizációval reagálnak. A kölykök látványa, hangja és szaga az anyából a kölykök összegyűjtését, nyalogatását és szoptatását váltja ki. A kölykök

gondozása az anya számára jutalmazó értékű, gondoskodási készsége ezért hosszabb szeparáció után is kimutatható.

A szeparáció hatása: Szoptatási környezetből az anyjuktól elválasztott kölykök explorációs aktivitása megnő, szívfrekvenciájuk és légzésük felgyorsul, specifikus ultrahangokat hallatnak.¹⁸⁴

10-15 perc után a vokalizáció abbamarad, az aktív anyai viselkedés elmaradásának hatására a növekedési hormon szekréciójának gátlása indul meg, ennek közvetett hatására csökken a nukleinsav-szintézis. Ezek a változások az anyavisszatéréséig fennmaradnak. Hosszabb távú szeparációhatására a kortikoszteronszint megemelkedik. Megnő a hypothalamus-adrenalis rendszer (HPA) aktivitása, amely a stressz válasz szabályozásában vesz részt és a glükóztermelés serkentésével növeli a túlélés esélyeit. (Cortisol → glükóz mozgósítása a szervezetben, hogy az képes legyen megküzdeni a stresszt okozó tényezővel).¹⁸⁵

Valószínűleg szerepet játszik a hypothalamus nucleus arcuatus (ARH) a vokalizáció abbamaradásában és a növekedési hormon szekréciójának gátlásában. (Emberék estében az ARH kapcsolatban áll a GHRH neuronokkal, amelyek kontrollálják a növekedés hormon (GH) szekrécióját a somatostatin és a neuropeptide Y (NPY) által).

A patkányok anya-kölyök kapcsolata „**rejtett-szabályozóként**” működik, mert a későbbiekben meghatározó szerepet játszik a patkánykölykök idegrendszeri és élettani fejlődésében. Hofer és munkatársai: a kísérleti feltételek szisztematikus változtatásával igyekeztek meghatározni az interakció egyes összetevői milyen élettani változásokkal járnak:

- teljes szeparáció → depresszióhoz hasonló állapot lép fel.
- szeparáció+meleg → vokalizáció elmaradása, a szimpatikus rendszer aktivitáscsökkenése, azonban új környezetben a kölyköknél hiperaktivitás figyelhető meg.
- szoptatásra képtelen pótanya → szívfrekvencia csökkenése.

184 Pléh Csaba, Kovács Gyula és Gyulás Balázs, 2003, Kognitív idegtudomány, Osiris Kiadó

185 Pléh Csaba, Kovács Gyula és Gyulás Balázs, 2003, Kognitív idegtudomány, Osiris Kiadó

A viselkedési válaszokkal a tapintás és hőmérsékleti ingerlés függ össze, a normál szívfrekvencia fenntartásához szükséges a rendszeres szoptatás.

Párhuzamok az emberrel: A hosszú és rövid távú szeparáció esetén is párhuzam figyelhető meg. A szagpreferencia kialakulásában fontos szerepet tölt be a tapintási ingerlés. A tapintási ingerek nyugtató hatásúak, ahogy az anyatejben található kémiai anyagok is. Amnion folyadék szaga segíti az emlő megtalálásában az utódokat. Azonban az emberi csecsemők esetében feltételezhető, hogy a látási ingerlés elsődleges fontosságú szerepet tölt be (amíg a patkánykölyköknél a szaglás az elsődleges fontosságú).¹⁸⁶

Az opioid rendszer:

A stresszállapot feloldásában van kulcsfontosságú közvetítő szerepe. A kötődési viselkedést összekapcsolja az agy jutalmazó központjával. Az opiát receptorblokkolók hatására a patkánykölykök új helyzetben nem tudtak megnyugodni az anya vagy egy testvér jelenlétében sem. Hosszabb szeparáció esetén szerepet játszik a növekedést gátló folyamatokban is. Az opiát agonista morfin hatására szeparációban megszűnik a distressz vokalizáció és analgézia alakul ki.

Endogén opioidok felszabadulását írták le újszülötteknél, amikor számára fontos szociális ingerek érték (szomatoszenzoros ingerlés, szopás).

Az oxitocin és vazopresszin:

Az oxitocin a nőstények, amíg a vazopresszin a hímek viselkedését befolyásolja. Agyba juttatott oxitocin hatására azonban a nőstény és hím egyedeknél is megnő a nem szexuális, pozitív interakciók száma. Ösztrogénkezelt szűz nőstények esetében az oxitocin hatására anyai viselkedés jelenik meg. Az oxitocin az anyai ösztönök iniciálásához szükséges. Ösztrogén hatására megnő az oxitocin receptorok expressziója az ösztrogénre érzékeny agyi területeken (stria terminalis, hypothalamus ventromedialis magja). Utódaikat egyénileg

186 Pléh Csaba, Kovács Gyula és Gyulás Balázs, 2003, Kognitív idegtudomány, Osiris Kiadó

felismerő fajoknál az utód felismerésének megtanulásában szerepet játszik az oxitocin (pl. juhok). A szülés és szoptatás idején az embernél is megfigyelhető az oxitocinszint emelkedése, de ez nem elengedhetetlenül szükséges az anyai magatartás kialakulásához.^{187,188,189,190}

Az oxitocin és vazopresszin az utód viselkedésére is hatással van. Az első két hét során patkány és majomkölyök limbicus rendszerében jelentősen magasabb az oxitocin és vazopresszin receptorok szintje. Szeparáció esetén a **cingulum** területére juttatott *oxitocin* vagy *vazopresszin* hatására **csökken a distressz válasz**. A szociális memória kialakításában fontos szerepet játszik a vazopresszin.

A könyv említi, hogy az anyatejjel szervezetbe jutó oxitocinnak distressz választ csökkentő hatása lehet. Alul linkelt források szerint az anyatej nem tartalmaz túl nagy koncentrációban oxitocint és annak is nagy része lebomlik az emésztőrendszerben mielőtt az agyba juthatna. Az utódokban a megemelkedett oxitocinszint a szopást követően valószínűleg endogén módon jön létre. Másrészt megoszlanak a vélemények arról, hogy az oxitocin egyáltalán átjuthat-e a BBB-en. Frissebb kutatások szerint:

- 1.) Intranasalisán bejuttatott oxitocin hatására megemelkedett oxitocinszintet figyeltek meg az agyban (azonban intravénásan beadott oxitocin hatására ez nem jött létre). Ez a vizsgálat azonban nem teljesen megbízható, mert a másodlagos perifériás oxitocin receptorok ingerlése is okozhatta a megfigyelt magasabb oxitocinszintet az agyban.
- 2.) A BBB endothelial sejtjein bizonyos receptorok engedélyezik az oxitocin agyi vérkeringésbe jutását a perifériás vérből.

187 Daniel S Quintana, Knut T Smerud, Ole A Andreassen és Per G Djupesland, 2018, Evidence for intranasal oxytocin delivery to the brain: recent advances and future perspectives

188 Yasuhiko Yamamoto és Haruhiro Higashida, 2020, RAGE regulates oxytocin transport into the brain

189 Yasuhiko Yamamoto, Mingkun Liang, Seiichi Munosue, Kisaburo Deguchi és mtsai, 2019, Vascular RAGE transports oxytocin into the brain to elicit its maternal bonding behaviour in mice

190 Kerstin Uvnäs Moberg és Danielle K. Prime, 2013, Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding

A noradrenalin:

Újszülött patkányoknál **szagok** és **tapintási ingerek** asszociációinak kialakulásában játszik szerepet. Morfológiai változásokat idéz elő a szaglóhagymában. Egéranyákban nem csak a szaglóhagymában, hanem a piriform kéregben is NA függő idegi aktivitás jelentkezik. A NA a limbicus rendszerrel együttműködve memorizálja a jelentőségteljes szagokat.

Kraemer és munkatársai: deprivációban felnevelt rhesus-majom kölykök cerebrospinalis folyadékában mért NA szint jelentősen függött a depriváció mértékétől

Az NA és dopamin szintézist gátló szerek hatására fokozottabb a szeprációs distressz, főleg az anya nélkül, de kortársakkal nevelt kölykök estében.

A dopamin:

Szerepet játszik az anyai gondoskodás kialakulásában és fenntartásában: a nucleus accumbensbe juttatott dopamin agonista hatására a dózistól függően a nőstények kevésbé nyalogatták és hordták vissza a fészekbe a kölykeiket. Ez azonban nem gyakorolt hatást a szoptatásra.

A szoptatással kapcsolatban, habár más agyterülettel áll összefüggésben, az arcuate nucleus által termelődő dopamin a hypophysealis portálrendszeren keresztül a lactotrope sejtekhez jut (az agyalapi mirigyben) és D2 receptorokhoz kötődve gátolja a prolaktin termelődését.^{191,192}

A mesolimbicus rendszerben a nucleus accumbens megemelkedett dopaminszintje megnöveli az arousal szintet => motivációs hatás. A nucleus accumbensben kémiai lézióval

191 Radek Ptáček, Hana Kuželová és George B. Stefano, 2011, Dopamine D4 receptor gene DRD4 and its association with psychiatric disorders

192 Shoin Tei, Hiroaki Mitsunashi, és Shoichi Ishiura, 2016, Data describing the effect of DRD4 promoter polymorphisms on promoter activity

előállított dopaminhiány megakadályozza az anyasággal kapcsolatos emlényomok kialakulását.

Dopaminreceptorok szelektív vizsgálata:

- D4 receptor blokkolása (patkány): mozgásaktivitás csökkenése, hátráltatta a fészeképítést
- D1 receptor blokkolása (patkány): az anyák nem hordák vissza a kölyköket a fészekbe, és ez is hátráltatta a fészeképítést
- D2 receptor blokkolása (préripockok nucleus accumbensébe juttatott antagonistá): párzás után sem alakul ki társpreferencia, ugyanakkor D2 receptor agonista hatására párzás nélkül is kialakul társpreferencia => D2 receptornak szociális kötődésben betöltött szerepe lehet.

Az anyai gondozásra is az hatással volt, ha az újszülött kölykök striátumában végeztek dopaminléziót. 70%-os dopaminszökkenés hatására az anyák késleltetve építettek fészket, késleltetve és kevesebbszer hordták vissza a kölyköket a fészekbe és kevesebb időt töltöttek összefújva a kölykökkel (főként, ha a dopaminléziót minden kölykőn elvégezték)^{193,194}

A **szero-tonin** receptorok szerepe: 5HT1a agonista és 5HT2 antagonistá hatására csökkent az ultrahang vokalizáció distressz esetén, 5HT1b agonista hatására erősödött.

Újszülött patkánykölyköknek szero-tonin neurotoxint adtak → 50%-kal csökkent a 21 napos kölykök szero-tonin és szero-tonin-neurotranszporter szintje → 75%-kal kevesebb ultrahang vokalizációt mértek, amely a 5HT1b preszinaptikus receptorok csökkenésére vezethető vissza. Cerkófmajmokban a szero-toninszint kísérleti megemeléssel megnőtt a nőstények irányában az affiliatív interakciók gyakorisága.

193 Radek Ptáček, Hana Kuželová és George B. Stefano, 2011, Dopamine D4 receptor gene DRD4 and its association with psychiatric disorders

194 Shoin Tei, Hiroaki Mitsunashi, és Shoichi Ishiura, 2016, Data describing the effect of DRD4 promoter polymorphisms on promoter activity

A kötődés mentális reprezentációja: Az anyai vonások bevésődnek (imprinting). Patkányok és majmok esetében megfigyelték, hogy az anyák hasonlóan viselkednek az utódaikkal, mint ahogy velük viselkedett az anyjuk.

A ringatás protektív hatásai

W. A. Mason, aki Harry Harlow-val dolgozott együtt a híres, rhesusmajmokkal végzett kísérlet kapcsán¹⁹⁵, azt tapasztalta, hogy a majmok deviáns viselkedése kevésbé volt súlyos, ha a helyettesítő anyát jobbra-balra ringatták. Ez vetette fel először a hipotézist, hogy a ringatás ingerli a cerebellum egy részét, a cerebellar vermist, amely közvetlenül a truncus cerebri fölött helyezkedik el és más funkciók mellett fontos szerepet játszik a dopamin és norepinephrin szabályozásában. A cerebellar vermis nagyon érzékeny a stresszre, ugyanis stressz-hormon receptorokban gazdag. A cerebellar vermis abnormális működése számos mentális rendellenességgel kapcsolható össze. A hipotézis igazolása közben megfigyelték, hogy a gyermekkorukban traumát átélő személyek esetében jelentősegteljesen kevesebb vér áramlik át ezen az agyterületen. Mindemellett redukció figyelhető meg a corpus callosum méretében is a gyermekként bántalmazottak esetében.¹⁹⁶

195 W. A. Mason, 1950; idézi: Martin H. Teicher, 2005, Scars that won't heal: The Neurobiology of Child Abuse

196 Martin H. Teicher, 2005, Scars that won't heal: The Neurobiology of Child Abuse

7., Felmerülő problémák a gyermekek védelmével kapcsolatban

Annak ellenére, hogy a gyermekbántalmazásnak milyen súlyos, hosszú távú következményei vannak, nagyon körülményes felderíteni a gyermekbántalmazás eseteit, amelynek többek között az az oka, hogy a gyermekbántalmazás jelentős része nem nyilvánul meg egyértelmű fizikai jelekben. A gyermek nem mer beszélni az őt érő bántalmazásról (megfélemlítés vagy szégyen miatt), a fizikai bántalmazás jeleit letagadja (pl. „Leestem a lépcsőn.”).

A szégyen nem csak a szexuális bántalmazás esetén léphet fel. A gyerekek hajlamosak magukat hibáztatni a verésért („rossz vagyok”, „biztosan megérdemeltem”), a bántalmazás látható fizikai lenyomatát emiatt szégyellik, rejtegetik.

A gyerekek könnyen befolyásolhatóak, a szülők elhitetik a gyermekkel, hogy az őket ért bántalmazás nem nagy dolog vagy épp szükséges és a bántalmazás szeretetből történik, később a hasznukra válik. Szexuális abúzus esetén a bántalmazó elhitetheti a gyermekkel, hogy a kapcsolatuk különleges.

Gyakori, hogy a bántalmazó a tettei után kedves a gyermekével, a kapcsolatukat függővé teszi, a gyermeket izolálja a kortársaitól és így bírja hallgatásra („ha elmondod ezt bárkinek engem elvisznek, akkor mi lesz anyáddal/veled/a testvéreddel” stb.) Az sem ritka, hogy a szülő/gondozó megfélemlítéssel bírja hallgatása a gyermeket, még nagyobb büntetést helyezve kilátásba.

Épp ezért, véleményem szerint a bántalmazás felfedésének nézőpontját kell megváltoztatni, hiszen a bántalmazás-típusok jelentős részének nincsen szemmel látható, egyértelmű fizikai lenyomata, lelki lenyomata viszont annál inkább. A gyermekbántalmazásra való fényderítés érzelmileg megterhelő a gyermek számára, mivel elhúzódó folyamat a bántalmazó hallgatásra, hazugságra, a vádak visszavonására bírhatja a gyermeket. Illetve jó lenne belegondolni abba is, hogy mi történik akkor, ha egy szülőt bűnösnek találnak a gyermekbántalmazás tekintetében. A család szétszakadását, sok esetben az anyagi források

megfeleződését ez pedig az életszínvonal csökkenését vonja maga után, a börtönből szabadulva pedig a szülő több, mint valószínű, hogy folytatni fogja a bántalmazó viselkedést, hiszen nincsenek alternatív módszerei a gyermekneveléshez vagy bizonyos esetekben megküzdési stratégiái, így az interperszonális vagy egyéb frusztrációt okozó állapotból fakadó nehézségeit a gyermekén vagy házastársán, élettársán vezeti le, esetleg szerhasználat mellett, stb. Arról nem is beszélve, hogy a jelenlegi rendszerben a gyermekbántalmazás esetében ugyanúgy járnak el, mintha bármilyen erőszakos cselekedetről lenne szó, így a büntetés mértéke méltatlanul csekély azt tekintve, hogy a gyermek jövőjét, énképét, önértékelését milyen mértékben befolyásolja negatívan a bántalmazás.

Úgy vélem sokkal hatékonyabb lenne, ha intézményes szinten, függetlenül attól, hogy a családban történik-e bántalmazás vagy sem, pszichológus bevonásával rendszeres lelki segílyt nyújtanának a gyermekeknek, amely egyfajta intervencióként is működne, hiszen a szavakkal meg nem fogalmazható fájdalmukat más eszközökkel talán ki tudják fejezni (pl. drámajáték, művészet-terápiás eszközök alkalmazása), így látótérbe kerülnének azok a gyermekek is, akiknél az abúzus nem extrém fizikai bántalmazással történik.

A bebizonyosodott abúzus esetén az (egyébként is méltatlanul alulértékelt) büntetés helyett vagy mellett a család számára ingyenes és kötelező rehabilitációt kellene biztosítani, amely a szülők nevelési stratégiájának bővítéséről, a szülők rehabilitációjáról, a szülő-gyermek közti kapcsolat javításáról és a gyermek rehabilitációjáról kell, hogy szóljon. Véleményem szerint ennek több értelme lenne, mint a szülőt bezárni egy olyan közegbe, ahol hasonló felfogású emberekkel találkozik és semmilyen edukációt nem kap ahhoz, hogyan kellene élnie, viselkednie, mint szülő, ha letöltötte a büntetését. A rehabilitációs foglalkozásokon való részvétel pedig a börtönbüntetés mellett vagy után is folyhat.

A gyermekbántalmazás megfékezése és a bántalmazott gyermekek rehabilitációja szignifikánsan csökkenthetné a gyermekkori abúzusból, traumákból adódó depressziót, személyiségzavart, étkezési zavarokat, PTSD-t és egyéb pszichiátriai kórképeket vagy lelki szenvedést okozó állapotokat így közvetve az öngyilkosság és az önbántalmazás rizikóját is.

8., Szakdolgozat kérdőív kiértékelése

Az UNICEF Magyar Bizottsága 2016-ban, „Hol a határ Magyarországon” címmel összefoglaló cikket publikált, amely alapján kiderül, hogy a törvények ellenére a közvélemény szerint csak az abúzus és elhanyagolás legdurvább változatai számítanak gyermekbántalmazásnak, a pofon, a kézzel verés vagy a szeretet megvonása elfogadott, főleg az idősebbek és az alacsonyan iskolázottak körében. Ez inspirált arra, hogy feltérképezzem csaknem 8 évvel az UNICEF 2016-os felmérése után változott-e a magyar közgondolkodás a gyermekek bántalmazásával kapcsolatban.

A kutatás kérdőív formájában készült el, amelyre **1.113 kitöltés érkezett**. A kérdőív önbevallásos alapon vizsgálja azt, hogy a magyar közvélemény miben változott a 2016-ban készült felmérés óta. Az internetnek és az egyre tudatosabb gyermekvállalásnak köszönhetően hipotézisem szerint pozitív tendenciát figyelhetünk majd meg az emberek gyermeknevelésről alkotott szokásaiban.

Kritika a kutatással szemben

Bár a kérdőívre több, mint 1000 kitöltés érkezett, a kutatás ennek ellenére csak egy szűk társadalmi réteghez jutott el, amely egy idealizált képet fest az eredményről:

- A kitöltők jelentős hányada diplomás vagy épp folyamatban lévő egyetemi képzésben részt vevő nő (76%).
- A kérdőívhez elsősorban olyan emberek jutottak hozzá, akik számára adott a számítógép és internetkapcsolat. Ezt erősíti az is, hogy a kitöltők mindössze 0,4% választotta, hogy rossz anyagi körülmények közt él. Ezzel szemben a kitöltők 66% választotta a legjobb anyagi körülmény lehetőségét, vagyis: „Jól kijövünk minden hónapban és félre is tudunk tenni.”
- A kérdőív ezen felül önbevallásos alapú volt, előfordulhat, hogy a bántalmazó módszereket alkalmazó és/vagy elfogadó emberek mégsem jelölték be az általuk alkalmazott/elfogadott módszereket, amelynek oka lehet a tetteik minimalizálása, a

tetteik szégyene vagy a kérdőív céljának félreértése (tehát az általuk helyesnek tartott válaszokat jelölték be és nem azt, hogy mit alkalmaznak/alkalmaznának valójában).

A kérdőív kiértékelés

- Első szakasz: Demográfiai adatok gyűjtése

A kutatás első szakasza demográfiai adatokat gyűjtött.

A kitöltők jelentős része, 77%-a nő, 22%-a férfi. A fennmaradó százalék vagy nem kívánta megadni a nemét, vagy pedig nem bináris nemhez tartozó.

A kitöltők 36%-a 26-35 év közötti, 22%-a 36-45 év közötti, illetve sokan, 19%-ban voltak 18-25 év közöttiek. A kitöltők 12%-a 46-55 év közötti, 6%-a pedig 56-70 év közötti.

A kitöltők 66%-nak van saját gyermeke.

57% él házastársi kapcsolatban. A párkapcsolatban élő és egyedülállók aránya csaknem megegyező volt: 15% él párkapcsolatban, 14% pedig egyedülálló.

A legtöbb kitöltés Borsod megyéből érkezett (30%) ezt követte Budapest (16%) a többi lakhelyről sokkal kevesebb kitöltés érkezett.

Az anyagi helyzetre vonatkozóan, csupán elhanyagolható számú kitöltő választotta, hogy rossz anyagi körülmények között él, 66% jó anyagi körülmények közt él és félre is tud tenni, amíg 33%-uk jelölte azt, hogy „épp kijövünk minden hónapban, félretenni nem tudunk.”

A válaszadók 57%-a rendelkezik egyetemi, főiskolai végzettséggel vagy van folyamatban a felsőfokú végzettség megszerzése. 22% végzett gimnáziumot, 18% pedig szakiskolában vagy szakközépiskolában végezte a tanulmányait. Csupán elhanyagolható számú kitöltő az, akinek a legmagasabb iskolai végzettsége az általános iskola, illetve OKJ vagy OKJ szintű képzettsége van.

Fontosnak tartottam összehasonlítani azt is, hogy a magukat vallásosnak mondó emberek vajon bántalmazóbb módszereket alkalmaznak-e, annak mintájára, hogy az UNICEF felmérése alapján: „a magukat vallásosnak mondók 83 százaléka vélelmezte, hogy a verés jó módszer a gyerekek engedelmességre szoktatásában.”¹⁹⁷

Felmérésben elhanyagolható számú ember választotta, hogy nem keresztény vallású. A kitöltők 54%-a sorolta magát a keresztény valláskörbe, 44%-a pedig azt jelölte, hogy nem vallásos.

- Második szakasz: Csecsemőkkel szembeni bántalmazás

A második szakaszban a csecsemők sírására adott reakciókat vizsgáltam. A kitöltők választhattak válaszkész módszereket vagy bántalmazó módszereket: érzelmi bántalmazást, fizikai bántalmazást vagy pedig azt, hogy nem reagálnak a sírásra. Utóbbit az elhanyagolás kategóriájába soroltam. Azokat a kitöltőket, akik egyik válaszkész módszert sem jelölték meg, szintén az elhanyagoló módszereket alkalmazó kategóriába soroltam.

A válaszadók többsége, 89%-a választott válaszkész módszert, tehát a gyermek sírására adott reakciója pozitív, a gyermeket ölbe veszi és megpróbálja megszüntetni a sírás okát.

A kitöltők 9%-a egyáltalán nem jelölte be (és egyéni válaszban sem jelezte), hogy a csecsemőjét felveszi/ölbe veszi, ha sír.

A kitöltők 13%-a választotta, hogy szándékosan sírni hagyja a csecsemőjét. A sírni hagyás vezető indokai közt szerepelt, hogy így később nem lesz hisztis a gyermek, talpraesett lesz és nem lesz a szülőkre utalva.

A kitöltők 2%-a alkalmaz vagy alkalmazna durvább módszereket is, például rákiabál a csecsemőre vagy akár meg is üti, ha hosszasan sír.

197 UNICEF Magyar Bizottsága, 2016, Hol a határ Magyarországon

A kitöltők összesen 17%-a választott valamilyen bántalmazó módszert a csecsemővel szemben, ha sír.

- Harmadik szakasz: Büntetési nevelési módszerek alkalmazása

A harmadik szakaszban azt vizsgáltam, hogy a válaszadók alkalmaznának-e olyan büntetést, amely a kisgyermek fizikai vagy szellemi szabadságát korlátozza. A válaszlehetőség közt számos jutalmazó és büntető módszer közül lehetett választani.

A kitöltők 92%-a választotta, hogyha a gyermek rosszat tesz megbeszéljük a történeteket. 75%-a megpróbálja megérteni, hogy a gyermek miért tette a rossz cselekedetet. 65%-a pedig opciókat ajánl fel a rossz cselekedet jóvá tételéhez.

A kitöltők 38%-a választotta, hogy alkalmaz, vagy alkalmazva valamilyen fizikai vagy szellemi szabadságot korlátozó büntetést, ha nincs megelégedve a kisgyermek magaviseletével. Ezek közül a vezető korlátozások a sarokba állítás (15%) és a kedvenc tevékenységtől való eltiltás (11%).

Érdekes további adat, hogy a válaszadók 24%-a akkor is magához ölelné a gyermeket, ha az ellenkezik, amely egy elterjedt rossz módszer, hiszen kimeríti a fizikai korlátozás fogalmát.

A kitöltők csupán 20% választotta, hogy alkalmazná a jutalommal való motivációt.

A rossz cselekedet figyelmen kívül hagyása („Nem tesz semmit, mert nem akarja a gyermek fejlődését korlátozni”) nem volt jellemző, mindössze az emberek 0,6%-a választotta.

- Negyedik szakasz: Verbális agresszió alkalmazása kisgyermekkel szemben

A negyedik szakaszban azt vizsgáltam, hogy kisgyermek esetében alkalmaznának-e verbális agressziót vagy pedig dicsérettel motiválnak, ha a gyermek szerintük nem helyesen cselekszik?

A kitöltők 98%-a választott olyan módszert, ami a gyermekkel való beszélgetésen alapul. 90% jelölte azt, hogy elmagyarázná a gyermeknek miért rossz, amit tett, 73% megkéri a gyermeket, hogy fejezze be a rossz viselkedést, 72% pedig megkérdezi a gyermeket, hogy mit gondol a tettéről.

A kitöltők 65%-a egyáltalán nem alkalmazna verbális agressziót kisgyermekével szemben.

Ezzel szemben a kitöltőknek alig több, mint fele, 52%-a ajánlaná fel a gyermeknek, hogy csináljon olyat, amit szabad, abban az esetben, ha a kisgyermek olyat tesz, amit „nem szabad” és **a válaszadók mindössze 51%-a választotta, hogy dicsérettel biztatná, motiválná a kisgyermekét.**

A kitöltők 19%-a durvább hangnemben is rászólna a gyermekére, ha az helytelenül cselekszik, 17%-a pedig büntudatot, szégyent ébresztene a kisgyermekben.

Az anyagi helyzet megfelelő reprezentatív minta hiányában nem mutat eltérést, a legjobb anyagi körülmények közt élők 35%-a választott verbálisan bántalmazó módszert, azoknak, akik ettől rosszabb körülmények között élnek (épp kijönnek minden hónapban, félretenni nem tudnak) szintén 35%-a választott verbálisan bántalmazó módszert.

Az iskolázottságot vizsgálva minimális eltérés volt megfigyelhető a verbális bántalmazás alkalmazásának tekintetében. Az egyetemet/főiskolát végzettek 36%-a alkalmaz vagy alkalmazna verbális bántalmazást, a gimnáziumot végzettek 32%-a, a szakiskolát vagy szakközép iskolát végzetteknek pedig 33%-a.

Meglepő adat, hogy a férfiak jóval nagyobb arányban jelöltek be verbális agressziót alkalmazó módszereket, mint nők. **A férfiak 55%-a alkalmazna valamilyen verbális agressziót a kisgyermekkel szemben, amíg a nőknek csupán 29%-a.**

Vallás tekintetében a keresztény emberek 34%-a alkalmaz vagy alkalmazna valamilyen verbális bántalmazást kisgyermekével szemben, amíg a magukat nem vallásos kategóriába soroló embereknek 36%-a alkalmazna ilyen módszert.

- Ötödik szakasz: Fizikai bántalmazás alkalmazása kisgyermekkel szemben

Az ötödik szakaszban azt vizsgáltam, hogy a kitöltők alkalmaznak vagy alkalmaznának-e bármilyen mértékű fizikai bántalmazást kisgyermekükkel szemben.

A Magyarországi 2005-ös gyermekvédelmi törvénymódosítás értelmében¹⁹⁸ bármilyen testi fenyegetés ellen zerotolerancia van érvényben. Ezzel szemben a kitöltők 35%-a alkalmazna valamilyen fizikai bántalmazást (pl. pofon, ütés, verés...)

A válaszadók által leggyakrabban alkalmazott/elfogadott fizikai bántalmazás a fenékre csapás, amelyet a válaszadók 15%-a jelölt be. 5% ütné vagy csípné meg a kisgyermekét, 3% pofont adna, szintén 3%-uk pedig azt jelölte, hogy akkor bántalmazza vagy bántalmazná a kisgyermekét fizikálisan, ha frusztált lenne.

A felmérés arra enged következtetni, hogy fizikai bántalmazás elsősorban titokban történik, ugyanis senki nem jelölte be, hogy a gyermekét mások előtt megütné vagy bármilyen módon bántalmazná fizikálisan.

A jó anyagi körülmények közt élők 34%-a alkalmazna valamilyen fizikai bántalmazást, az ennél rosszabb anyagi körülmények közt élőknek pedig 38%-a.

A főiskolát vagy egyetemet végzettek közül 34% alkalmaz vagy alkalmazna fizikai bántalmazást, a gimnáziumot végzettek 32%-a, **a szakiskolát vagy szakközép iskolát végzettek esetében a bántalmazó módszerek alkalmazása gyakoribb**, 43%-uk alkalmaz vagy alkalmazna fizikai bántalmazást kisgyermekével szemben.

198 Gyermekvédelmi Törvény, 1997. évi XXXI. törvény módosítása, 2005

A nembeli megoszlásban a férfiak közül többen jelölték, hogy alkalmaznának fizikai bántalmazást. A férfiak 41%-a alkalmazna fizikai bántalmazást, a nőknek pedig 33%-a.

Vallás tekintetében a magukat kereszténynek vallók 38%-a alkalmaz vagy alkalmazna fizikai bántalmazást, amíg a nem vallásosak 31%-a.

- Hatodik szakasz: Fizikai bántalmazás alkalmazásának indokai

Az utolsó szakaszban azt vizsgáltam, hogy milyen indokkal történik a fizikai bántalmazás abban az esetben, ha a válaszadó alkalmaz vagy alkalmazna ilyen módszert.

A vezető indok, az UNICEF felmérésével megegyező eredményt hozott, a legtöbb ember akkor fordul ilyen módszerekhez, ha a kisgyermek mások vagy önmaga testi épségét veszélyezteti. A válaszadók 20%-a jelölte ezt, mint elfogadható indokot a kisgyermek fizikai bántalmazása esetén.

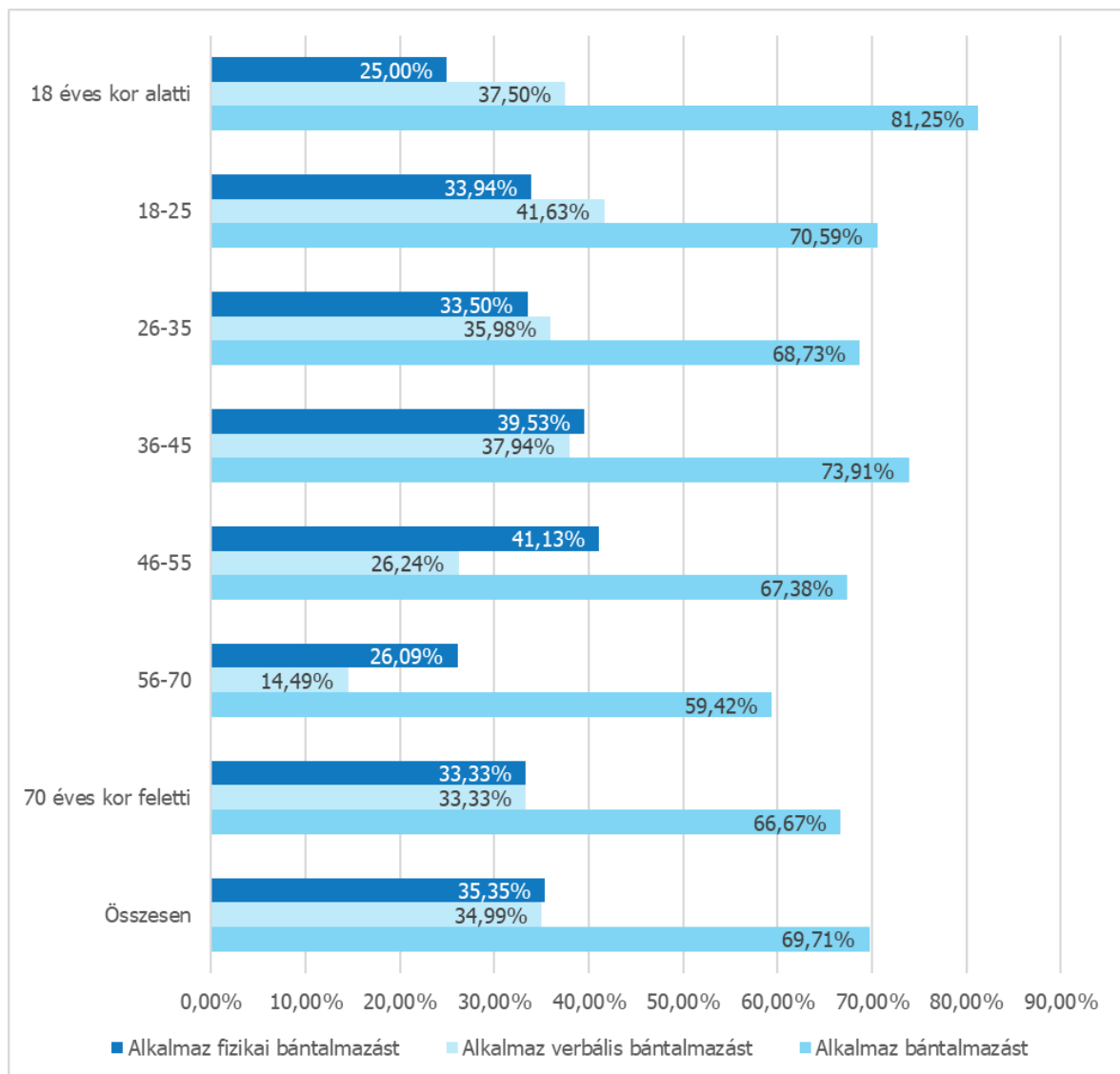
A második leggyakoribb indok az érzelmi kontroll zavara. A válaszadók 11%-a jelölte azt, hogy abban az alkalmaz vagy alkalmazna ilyen módszer, ha elveszíti a fejét és nem ura a tetteinek.

A kitöltők 73%-a szerint semmilyen esetben sem elfogadható a fizikai bántalmazás alkalmazása.

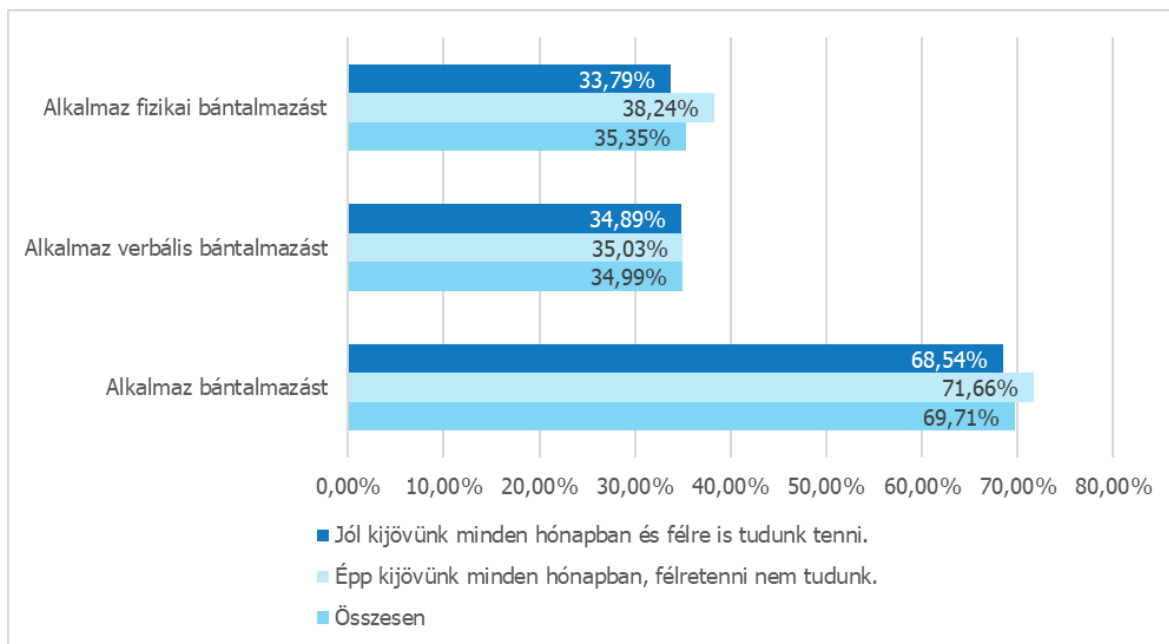
- Összesített adatok

További érdekes adat a bántalmazástípusok összesített értékelése.

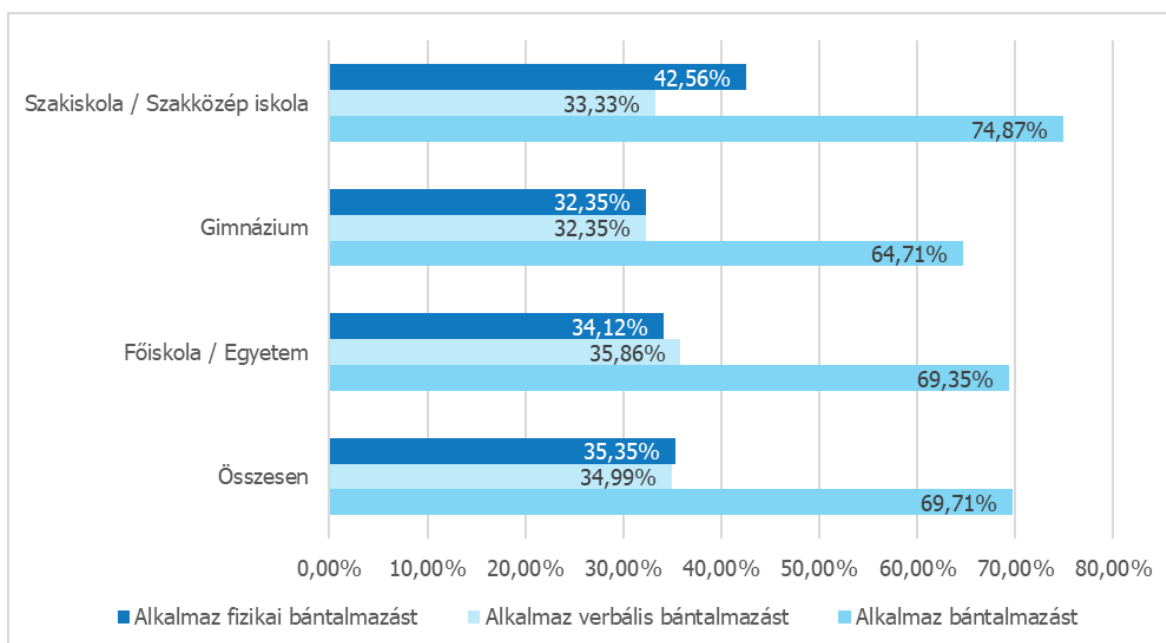
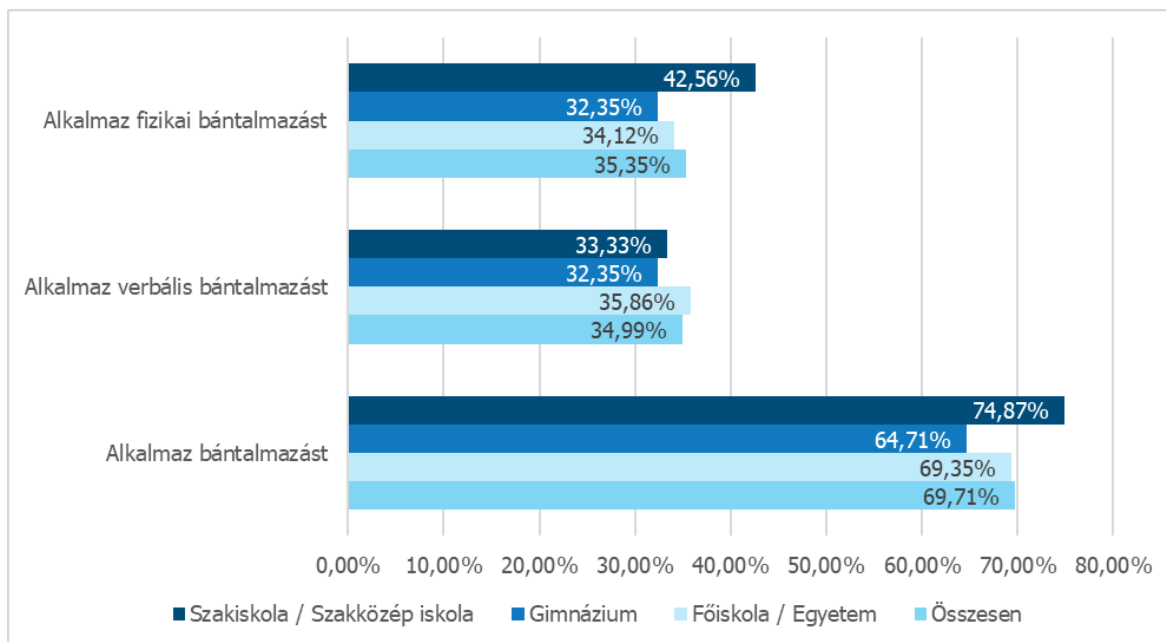
Életkor tekintetében a 18 év alattiak és a 70 év fölöttiek közül nagyon kevés adat érkezett be. A 18 és 70 év közöttiek közt megfigyelhető, hogy a fizikai bántalmazás alkalmazása a 46-55 éves kor közöttiekre a legjellemzőbb, amíg ezzel szemben ez a korosztály alkalmazza a verbális bántalmazást a legkevésbé bevallásuk szerint. A verbális bántalmazást elsősorban a fiatalabb korosztály, 18-25 év közöttiek alkalmazzák. A 36 és 45 és közöttiek a legbántalmazóbbak, amely a bevallásuk szerint az általuk alkalmazott fizikailag, érzelmileg bántalmazó és elhanyagoló módszerek összesítéséből tevődött össze.



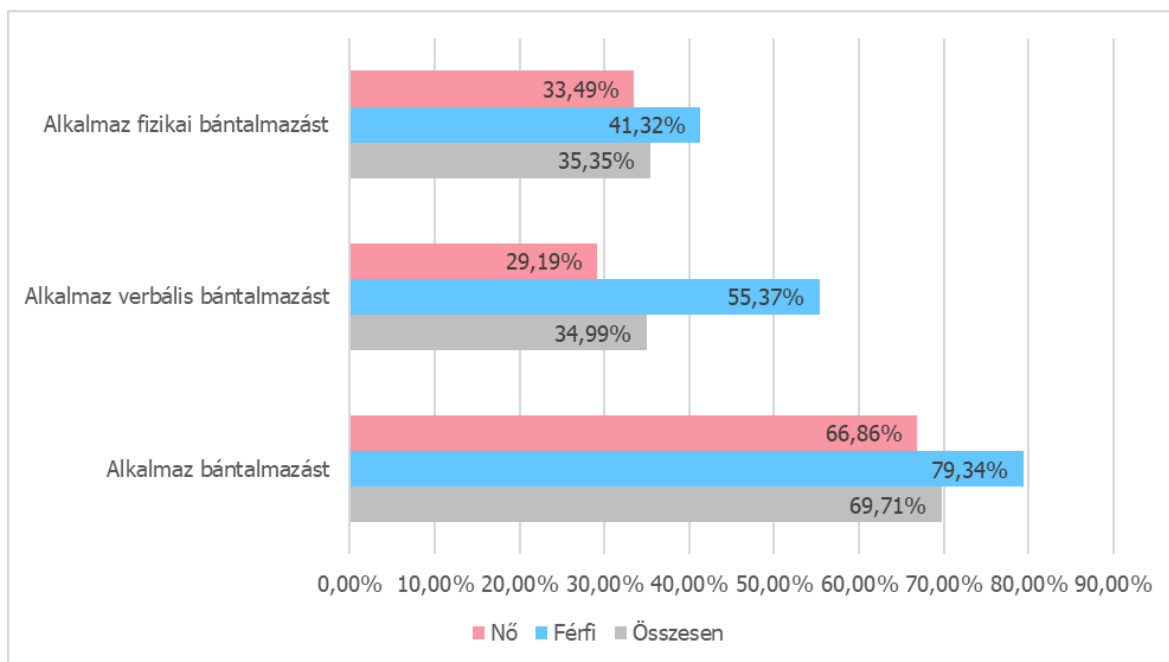
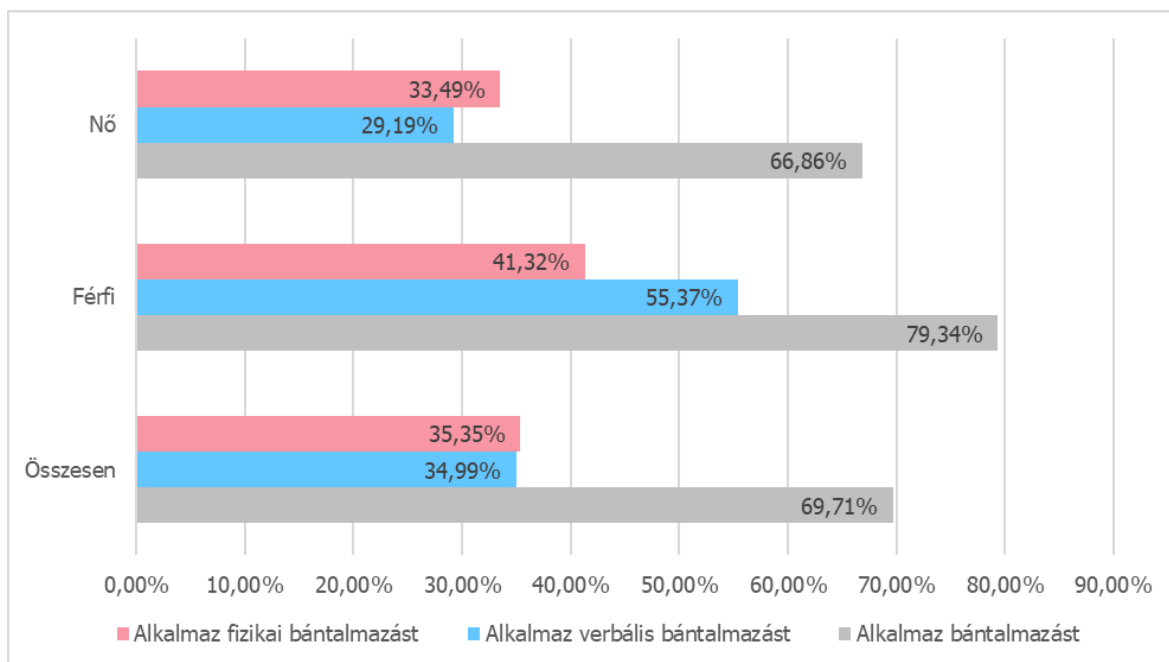
Az anyagi helyzet tekintetében a legjobb anyagi körülmények közt élők 69%-a alkalmaz vagy alkalmazna valamilyen bántalmazástípust, amíg az ettől rosszabb anyagi körülmények közt élők 72%-a.



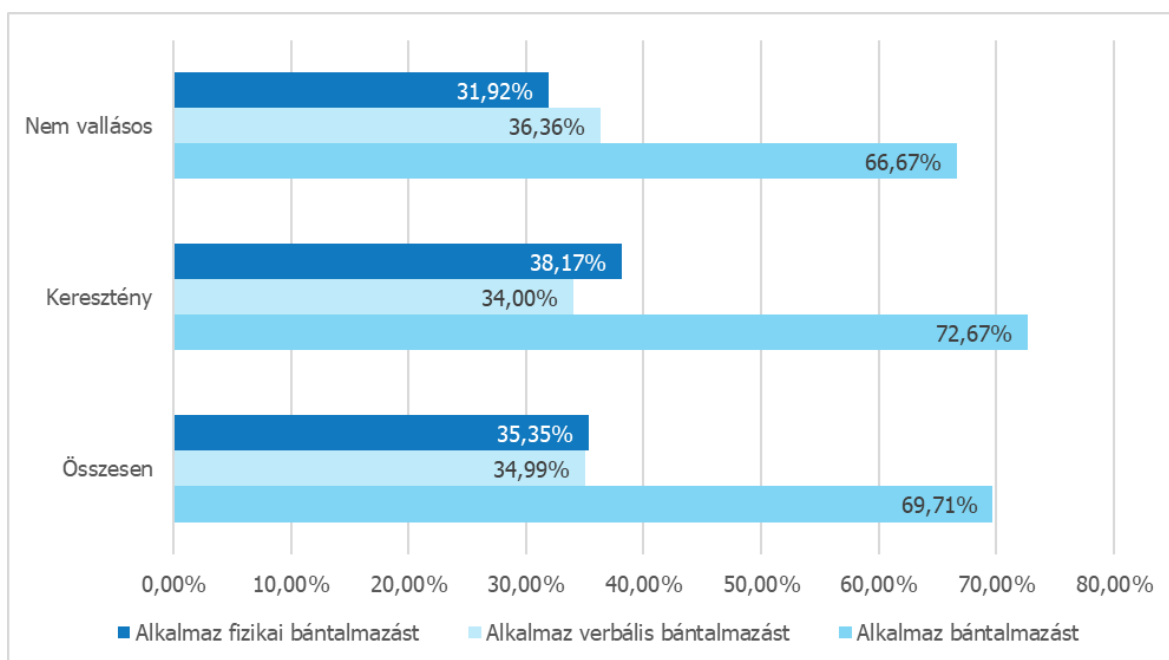
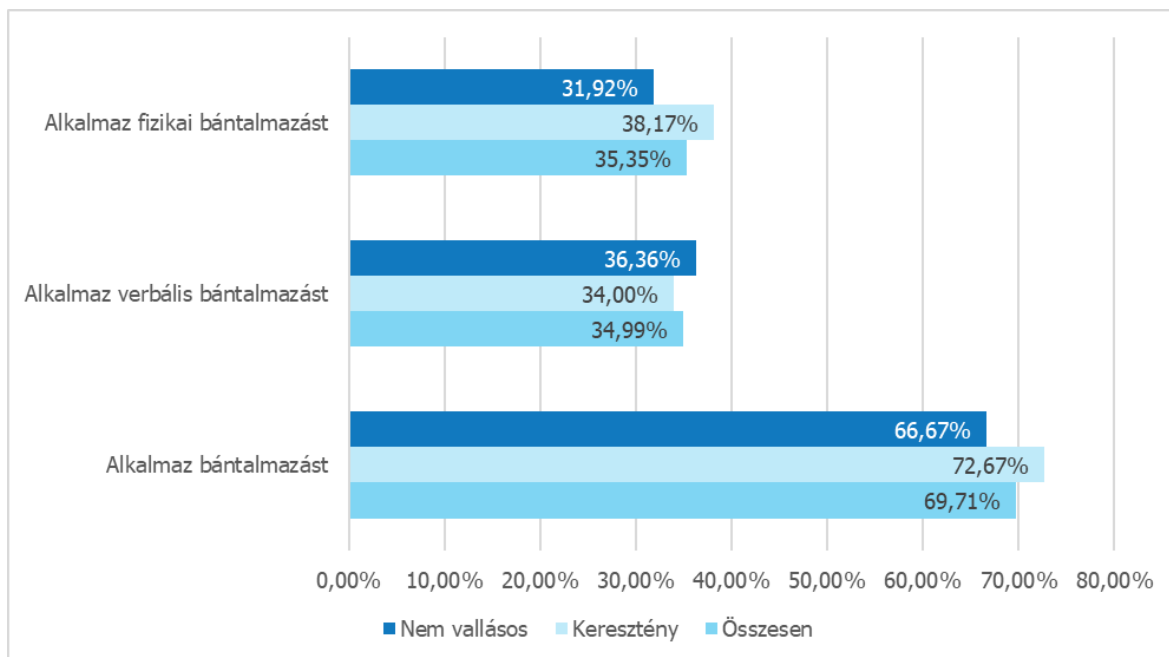
A főiskolát vagy egyetemet végzettek 69%, gimnáziumot végzettek 65%, a szakiskolát vagy szakközép iskolát végzettek 75%-a alkalmaz vagy alkalmazna valamilyen bántalmazástípust.



A nemek megoszlását tekintve a férfiak 79%-a alkalmaz vagy alkalmazna valamilyen bántalmazástípust, amíg a nőknek 67%-a.



A magukat vallásosnak mondók 73%-a, a nem vallásosak 67%-a alkalmaz vagy alkalmazna valamilyen bántalmazástípust.



9., A szakdolgozat összefoglalása

Szakdolgozati témámnak a gyermekbántalmazás pszichológiai hatásainak vizsgálatát választottam. A gyermekbántalmazás meghatározása és káros hatásainak feltérképezése már régóta kutatott terület. Tudományos körökben, és jelenleg a törvény által is megfogalmazva gyermekbántalmazásnak számít mindaz a gyermekkel szemben elkövetett cselekedet vagy mulasztás, amely a gyermek testi, szellemi és érzelmi fejlődésére károsan hat vagy korlátozza azt.

Szakdolgozatom fő részében a gyermekbántalmazás következményeit igyekeztem felderíteni a témában rendelkezésre álló szakirodalom, illetve a legfrissebb kutatások és tanulmányok eredményit összehasonlítva, ez által egy nagy elemszámú mintából tudtam következtetéseket levonni.

Már a kutatásom elején szembesültem azzal, hogy a közvélemény eltérően gyermekbántalmazásról. Ez az UNICEF „Hol a határ” c. magyarországi felméréséből is jól látható, hiszen a kutatás eredményei szerint az emberek csak a bántalmazás és elhanyagolás legsúlyosabb fajtáit tartották bántalmazásnak. Sok gyermek pedig nem volt tisztában azzal, hogy nekik is vannak jogaik és ezek közé tartozik az, hogy megvédjék magukat a szüleikkel szemben, segítséget kérjenek bántalmazás esetén más felnőttektől.

Több általam elemzett kutatás is megegyezik abban, hogy a gyermekbántalmazás számos mentális és fizikális betegséggel összefüggésbe hozható. Az ACE tanulmány részletes cikket publikált azt illetően, hogy milyen felnőtt életre is hatással lévő következményei vannak a gyermekbántalmazásnak. Gyakori a szorongásos zavarok kialakulása, a depresszió, amely az öngyilkosság rizikóját is megnöveli, illetve a szenvedélybetegségbe való menekülés. A pszichoszomatikus tünetek közt az elhízás, a magas vérnyomás, a cukorbetegség és a szív- és érrendszeri panaszok a leggyakoribbak. A tanulmányból kiderül, hogy a testi fenyegetés mellett a verbális bántalmazás, illetve a bántalmazás passzív elszenvedése (a

bántalmazásnak a gyermek csak nézője, pl. a szülők egymást bántalmazzák vagy a gyermek háziállatát) is súlyos következményekkel jár.

Más tanulmányok arra az eredményre jutottak, hogy a bántalmazás típusa, a bántalmazás fennállásának hossza, rendszeressége, illetve a gyermek kora a bántalmazás elszenvedésekor befolyásolja, hogy milyen következményekkel kell majd felnőttként szembenéznie. A súlyosabb és/vagy rendszeresebb bántalmazás komolyabb következményekhez vezet a felnőttkorban.

Teicher neve számos általam vizsgált gyermekbántalmazással kapcsolatos szakiratban felbukkant. Kollégáival bizonyították a gyermekkori bántalmazás és a borderline személyiségzavar kialakulása közti kapcsolatot.

Az antiszociális személyiségzavar kialakulása is összefüggésbe hozható a gyermekkori bántalmazással és a gyermekkorban elszenvedett súlyos traumákkal. Ez fordítva is igazolható, a bűnözői magatartás erős kapcsolatot mutat a gyermekkori bántalmazással.

Fontosnak tartottam, hogy utánajárjak a bántalmazás következtében kialakuló pszichés és pszichoszomatikus következmények élettani hátterének is, hiszen ez magyarázatul szolgálhat a gyermekkori bántalmazás és a felnőttkorban kialakuló tünetek közt.

Az általam elemzett szakirodalom alapján az élettani vizsgálatok azt mutatják, hogy a bántalmazás hatására megemelkedik a stresszhormonok szintje, ami károsítja a fejlődő agyat. A rendszeres bántalmazás pedig egy olyan készenléti állapotot indukál a gyermekben, amely folyamatos és tartós elváltozásokat okoz a stresszre érzékeny agyterületeket illetően.

Leggyakrabban a bal agyfélteke érintett. A bal hippocampus és a bal amygdala csökkent méretet és megnövekedett aktivitást mutat, ami magyarázatul szolgál a fokozott stresszválasz reakciókra, az alacsonyabb stressztűrőképességre, memóriazavarokra. Illetve a bal prefrontális cortex is méretcsökkenést mutat, ami a pozitív érzelmek kódolásának és felismerésének nehézségére, a disszociatív tünetekre, az agy jutalmazórendszerében

bekövetkező diszfunkciókra, az impulzivitásra (a limbikus rendszerrel való károsult kapcsolata révén az érzelmi kitörésekre) és memória és figyelmi-motivációs problémákra adhat magyarázatot. Szexuális bántalmazás esetén a genitoszenzoros cortexben is károsodás figyelhető meg.

A neurotranszmitterek expressziójában is negatív hatás figyelhető meg, amely elsősorban a dopaminerg és szerotoninerg rendszert érinti, ez a depresszióval, az alacsony motivációval, öngyilkossággal hozható összefüggésbe. A sérült dopaminerg rendszer összefüggésbe hozható az addikciók kialakulásának magasabb rizikójával. Az opioid rendszer sérülése az endogén fájdalomcsillapításra és önmegnyugtató hatásra van negatív hatással.

A bántalmazásnak epigenetikai hatásai is vannak, amely módosítja a génexpressziót. Az eddigi epigenetikai kutatások alapján az figyelhető meg, hogy a gyermekkori bántalmazás hatására kialakult epigenetikai változások előrejelezhetik a felnőttkori depresszió és PTSD tüneteit.

A kutatási eredmények alapján és a téma relevanciáját tekintve kérdőívet készítettem annak felmérésére, hogy milyen a magyar emberek gyermekbántalmazásról alkotott véleménye. A kérdőívre 1.113 kitöltés érkezett.

A kérdőív alapján kiderült, hogy kevésbé javult a magyar emberek gyermekbántalmazásról alkotott képe az UNICEF felméréséhez képest. A kitöltők többsége alkalmazna valamilyen bántalmazó módszert csecsemőjével vagy kisgyermekével szemben, különösképpen a fizikailag korlátozó büntetések alkalmazására való tekintettel (például sarokba állítás), de a verbális bántalmazás mértéke és a fenékre csapás módszere is kiugróan magas volt, főként az alacsonyan iskolázottak és a férfiak tekintetében.

Az elterjedt rossz módszerek alkalmazása is jellemző, mint például a csecsemő sírni hagyása annak reményében, hogy így később talpraesett lesz majd a gyermek, vagy pedig a gyermek erőszakkal történő megölelése.

A mintavételezés szűk társadalmi réteghez jutott el, a kitöltők többsége egyetemmet vagy főiskolát végzett nő. Ennek tekintetében még megdöbbentőbb a különböző bántalmazási típusok alkalmazásának gyakorisága, elterjedtsége.

10., Irodalomjegyzék

Aisling Chaney, Angela Carballado, Francesco Amico, Andrew Fagan, Norbert Skokauskas, James Meaney, és Thomas Frodl, 2014, Effect of childhood maltreatment on brain structure in adult patients with major depressive disorder and healthy participants

American Psychiatric Association, 2013, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ötödik kiadás (DSM-5)

Audrey R. Tyrka, Margaret C. Wyche, Megan M. Kelly Lawrence H. Price és Linda L Carpenter, 2009, Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type

B. K. Luntz, és C. S. Widom, 1994, Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up

Babity Mária, 2013, A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata

Balázs Judit és Miklósi Mónika, 2015, A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve

Bereczkei Tamás, 2003, Evolúció Pszichológia

Bryanna Hahn Fox, Nicholas Perez, Elizabeth Cass, Michael T. Baglivio és Nathan Epps, 2015, Trauma Changes Everything: Examining the Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Serious, Violent and Chronic Juvenile Offenders

Daniel S Quintana, Knut T Smerud, Ole A Andreassen és Per G Djupesland, 2018, Evidence for intranasal oxytocin delivery to the brain: recent advances and future perspectives

Dorthie Cross, Negar Fani, Abigail Powers és Bekh Bradley, 2017, Neurobiological Development in the Context of Childhood Trauma

Dr. Árki Ildikó, Dr. Scheiber Dóra és Dr. Kovács Zsuzsanna, 2013, Gyermekbántalmazás és elhanyagolás

Dr. Oláh András, Fullér Noémi és Sziládiné Fusz Katalin, A képalkotó diagnosztika alapjai

Dr. Pászthy Bea, A bántalmazott gyermek

Dr. Tóth Zoltán és mtsai, 2018, A PET/MR képalkotás magyarországi klinikai alkalmazásának lehetőségei, első tapasztalatai

Dr. Varga Marcell és mtsai, 2018, Gyermekkorai csonttörések vizsgálata ultrahanggal

Édes Regina, 2021, A gyermekbántalmazás megítélésének és felismerésének vizsgálata kora gyermekkorban a bölcsődékben

Elizabeth T.C. Lippard és Charles B. Nemeroff, 2020, The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), 2015, A fogyatékkal élő gyermekek elleni erőszak: jogszabályok, politikák és programok az Európai Unióban

Eurostat, 2014, Öngyilkossági ráta

Gyermekevédelmi Törvény, 1997. évi XXXI. törvény

Gyermekevédelmi Törvény, 1997. évi XXXI. törvény módosítása, 2005

Gyermekevédelmi Törvény, 2002. évi IX. törvény

Herczog Mária, 2007, Intézményes és rendszerbántalmazás

<https://www.youtube.com/watch?v=-MVCpGPWpQ4>, utolsó letöltés dátuma: 2024.04.23.

Huang J, Yang Y, Wu J, Napolitano LA, Xi Y és Cui Y, 2012, Childhood abuse in Chinese patients with borderline personality disorder

ICD-9-CM 995.55

Janet Currie és Erdal Tekin, 2006, Does Child Abuse Causes Crime?

Jean-Claude Dreher és Léon Tremblay, 2009, Handbook of Reward and Decision Making

Jennifer E. Lansford, Kenneth A. Dodge, Gregory S. Pettit, and John E. Bates, 2010, Does Physical Abuse in Early Childhood Predict Substance Use in Adolescence and Early Adulthood?

Jocelyn Brown, Patricia Cohen, Jeffrey G. Johnson és mtsai, 1999, Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality

Joel Paris, 2005, Borderline personality disorder

Joeli Hettler MD, 2007, Pediatric Clinical Advisor (Mádosik kiadás)

Kamron A. Fariba, Vikas Gupta és Ethan Kass, 2023, Personality Disorders

Katalin Merza; Gábor Papp és Ildikó Kuritárné Szabó, 2015, The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary

Kathryn L. Humphreys, Joelle LeMoult, John G. Wear, Hannah A. Piersiak, Aaron Lee és Ian H. Gotlib, 2020, Child Maltreatment and Depression: A Meta-Analysis of Studies Using the Childhood Trauma Questionnaire

Kerstin Uvnäs Moberg és Danielle K. Prime, 2013, Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding

Kristy A. Fisher és Manassa Hany. 2023, Antisocial Personality Disorder

KSH, 2011-2016, Öngyilkosság miatti halálozás, nemenként - Standardizált halálozási arányszám, százezer főre

Kuritáné Szabó Ildikó, 2017, Személyiségvázlatok – klinikum és kutatás, Medicina kiadó

Lamya Khoury, Yilang L Tang, Bekh Bradley, Joe F Cubells, és Kerry J Ressler, 2010, Substance use, childhood traumatic experience, and Posttraumatic Stress Disorder in an urban civilian population

Laura L. M. Cassiers, Bernard G. C. Sabbe és munkatársaik, 2018, Structural and Functional Brain Abnormalities Associated With Exposure to Different Childhood Trauma Subtypes: A Systematic Review of Neuroimaging Findings

Lee Hogarth, Lindi Martin és Soraya Seedat, 2019, Relationship between childhood abuse and substance misuse problems is mediated by substance use coping motives, in school attending South African adolescents

Linda M Bierer, Rachel Yehuda, James Schmeidler, Vivian Mitropoulou, Antonia S New, Jeremy M Silverman és Larry J Siever, 2003, Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses

Lisa Jones 1, Mark A Bellis, Sara Wood, Karen Hughes, Ellie McCoy, Lindsay Eckley, Geoff Bates, Christopher Mikton, Tom Shakespeare és Alana Officer, 2012, Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies

M. C. Zanarini, A. A. Williams, R. E. Lewis, R B Reich, S. C. Vera, M F Marino, A. Levin, L. Yong és F. R. Frankenburg, 1997, Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder

Mackenzie Rubens, Dagmar Bruenig, Jessica A.M. Adams, Shruthi M. Suresh, Anita Sathyanarayanan, Divna Haslam, Chad E. Shenk, Ben Mathews és Divya Mehta, 2023, Childhood maltreatment and DNA methylation: A systematic review

- Marsha M. Linehan, 1993, A Borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája, Medicina Kiadó, 2010 frissített kiadás
- Martin H. Teicher és Jacqueline A. Samson, 2016, Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect
- Martin H. Teicher, 2005, Scars that won't heal: The Neurobiology of Child Abuse
- Mathews és mtsai, 2021, Ausztral Child Maltreatment Study
- Monika Dargis, Joseph Newman és Michael Koenigs, 2016, Clarifying the link between childhood abuse history and psychopathic traits in adult criminal offenders
- NANE, 2016, A gyerekek elleni szexuális visszaélés
- Nanon Talley, 2020, Az érzelmi bántalmazás felismerése
- Papan Thaipisuttikul, Pichai Ittasakul, Punjaporn Waleeprakhon, Pattarabhorn Wisajun és Sudawan Jullagate, 2014, Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder
- Pintér Ádám és Tóth Judit Nikoletta, 2017, A bántalmazott gyermekek – Gyermekjogok és gyermekbántalmazás
- Pintér Éva, 2020, A személyiségzavarok
- Pléh Csaba, Kovács Gyula és Gyulás Balázs, 2003, Kognitív idegtudomány, Osiris Kiadó
- Radek Ptáček, Hana Kuželová és George B. Stefano, 2011, Dopamine D4 receptor gene DRD4 and its association with psychiatric disorders
- Rosalie Broekhof, Hans M. Nordahl, Lars Tanum és Sara G. Selvik, 2023, Adverse childhood experiences and their association with substance use disorders in adulthood: A general population study
- Shoin Tei, Hiroaki Mitsuhashi, és Shoichi Ishiura, 2016, Data describing the effect of DRD4 promoter polymorphisms on promoter activity
- Suma P. Chand és Hasan Arif., 2023, Depression
- Tarsoly Emil, 2010, Functionális Anatómia, Medicina Kiadó (harmadik kiadás)
- Teicher, M.H., Glod, C.A. és Ackerman, E., 1998, Preliminary Evidence for Aberrant Cortical Development in Abused Children: A Quantitative EEG Study. The Journal of Neuropsychiatry Clinical Neurosciences
- Tóth Olga, 1999, Erőszak a családban
- UNICEF Magyar Bizottsága, 2016, Hol a határ Magyarországon

UNICEF, Gyermekmunka elleni küzdelem

Vincent J. Felitti, Robert Fanda és mtsai, 1998, Adverse Childhood Experience Study

Neurobiology of Child Abuse

Wikipédia szócikk, 2021, Piezoelektromosság

Wikipédia szócikk, 2023, Megrázott baba szindróma

Wikipédia szócikk, 2024, Funkcionális mágneses rezonanciavizsgálat

Wikipédia szócikk, 2024, Mágnesesrezonancia-képalkotás

Yasuhiko Yamamoto és Haruhiro Higashida, 2020, RAGE regulates oxytocin transport into the brain

Yasuhiko Yamamoto, Mingkun Liang, Seiichi Munesue, Kisaburo Deguchi és mtsai, 2019, Vascular RAGE transports oxytocin into the brain to elicit its maternal bonding behaviour in mice

11., Idegen nyelvű összefoglaló

Summary

I have chosen to examine the psychological effects of child abuse as the topic of my thesis. Defining child abuse and mapping its harmful effects has long been a researched area. In science and now also in law child abuse is defined as any act or lack thereof against a child that adversely affects or restricts the child's physical, mental, or emotional development.

In the main part of my thesis, I attempted to explore the consequences of child abuse by comparing the available literature with the results of the latest research and studies, which can provide a large sample to draw conclusions.

Early in my research, I realized that public opinion varies on what constitutes child abuse. This is evident from the UNICEF survey "Hol a határ" in Hungary, as the results show that people only considered the most severe forms of abuse and neglect as maltreatment of children. Many children were unaware of their rights, including the right to protect themselves from their parents and to seek help from other adults in cases of abuse.

Several studies I analyzed also agree that child abuse can be associated with numerous mental and physical illnesses. The ACE study published detailed articles on the effects of child abuse on later adult life. Common outcomes include the development of anxiety disorders, depression, which also increases the risk of suicide, and substance use which can lead to addiction. Among psychosomatic symptoms obesity, high blood pressure, diabetes, and cardiovascular complaints are the most common. The study reveals that in addition to physical punishment, verbal abuse, as well as passive exposure to abuse (where the child is just a witness, e.g., parents abusing each other or the child's pet), also have serious consequences.

Other studies have found that the type, duration, frequency of abuse, and the child's age at the time of abuse influences the consequences the individual will face as an adult. More severe and/or frequent abuse leads to more severe consequences in adulthood.

Teicher's name appeared in many studies I examined regarding child abuse. He and his colleagues have demonstrated a connection between childhood abuse and the development of borderline personality disorder. The development of antisocial personality disorder is also associated with childhood abuse and severe traumas experienced during childhood. Conversely, criminal behavior shows a strong correlation with childhood abuse.

I considered it important to investigate the physiological background of the psychological and psychosomatic consequences of abuse, as this could explain the relationship between childhood abuse and symptoms in adulthood.

Based on the literature I analyzed, physiological studies show that abuse leads to increased levels of stress hormones, which damage the developing brain. Regular abuse induces a state of hypervigilance and hyperarousal in the child, causing continuous and lasting alterations in stress-sensitive areas of the brain.

The left hemisphere of the brain is most commonly affected. Reduced size and increased activity in the left hippocampus and amygdala explain heightened stress responses, lower stress tolerance, and memory impairments. Decreased size in the left prefrontal cortex explains difficulties in encoding and recognizing positive emotions, dissociative symptoms, dysfunction in the brain's reward system, impulsivity (due to impaired connection with the limbic system leading to emotional outbursts), as well as memory and attention-motivational problems. Damage is also observed in the genitosensory cortex in cases of sexual abuse.

Negative effects on neurotransmitter expression, primarily affecting the dopaminergic and serotonergic systems, are noted, correlating with depression, low motivation and suicide.

The impaired dopaminergic system is associated with a higher risk of addiction. Damage to the opioid system negatively affects endogenous pain relief and self-soothing.

Abuse also has epigenetic effects, modifying gene expression. Based on existing epigenetic research, it is observed that epigenetic changes resulting from childhood abuse can predict symptoms of depression and PTSD in adulthood.

Based on the research findings and the relevance of the topic, I created a survey to assess the opinions of Hungarian people on child abuse. The survey received 1,113 responses. The questionnaire revealed that there has been little improvement in the perception of child abuse among Hungarian people. The majority of respondents would resort to some form of abusive behavior towards their infant or young child, especially concerning the use of physically restrictive punishments (such as standing in a corner), but the extent of verbal abuse and methods of physical punishment were also notably high, especially among those with lower levels of education and among men.

The use of widely known improper methods is also common, such as leaving the baby to cry in the hope that they will become more independent later, or forcibly hugging the child.

The sampling reached a narrow social demography, with the majority of respondents being women with university or college degree. Considering this, the frequency and prevalence of various types of abuse are even more alarming.

13., Melléklet a függelékhez

1. Ábra: Lamya Khoury, Yilang L Tang, Bekh Bradley, Joe F Cubells, és Kerry J Ressler, 2010, Substance use, childhood traumatic experience, and Posttraumatic Stress Disorder in an urban civilian population
2. Ábra: Pléh Csaba, Kovács Gyula és Gyulás Balázs, 2003, Kognitív idegtudomány, Osiris Kiadó
3. Ábra: Aisling Chaney, Angela Carballado, Francesco Amico, Andrew Fagan, Norbert Skokauskas, James Meaney, és Thomas Frodl, 2014, Effect of childhood maltreatment on brain structure in adult patients with major depressive disorder and healthy participants
4. Ábra: Laura L. M. Cassiers, Bernard G. C. Sabbe és munkatársaik, 2018, Structural and Functional Brain Abnormalities Associated With Exposure to Different Childhood Trauma Subtypes: A Systematic Review of Neuroimaging Findings