

## TESTI ÉS LELKI HATÁROKON TÚL

A családon belüli erőszak pszichológiai, szociológiai és statisztikai megközelítése

### Absztrakt

A traumakutatás rendkívül sokrétű és jelentős múlttal rendelkezik, aki erre a területre merészkedik, az emberi lélek sérüléseinek megannyi vizsgálati aspektusával találhatja szemben magát. Beszélhetünk egyéni vagy kollektív traumáról, megközelíthetjük többek között társadalomtudományi, pszichoanalitikus, szociálpszichológiai, narratív pszichológiai, fejlődéslélektani vagy akár klinikai pszichológiai szempontból is. Alábbi írásom elsősorban nem arra törekszik, hogy az említett aspektusok egyikének mentén a jelenség részletes bemutatását nyújtsa, sokkal inkább egy villanásnyi képet kíván adni e jelentős probléma történeti háttéréről, majd a kronológia mentén haladva napjainkban az egyik legtöbb áldozatot követelő traumatizáló közege, a családra helyezi a fókuszot.

A trauma történeti háttérének bemutatását a hisztéria kutatásának legmeghatározóbb időszakával kezdem, melyet az első világháborús neurózis megjelenésével és kezelési módszereivel folytatok, végül kitérek a poszttraumás stressz zavar fogalmának megszületésére. Munkám meghatározóbb részében a családon belüli erőszak egyik altípusát, a párkapcsolaton belüli erőszakot helyezem vizsgálataim homlokterébe. Ezen belül is európai és hazai mértékére, a bántalmazás dinamikájára, tüneteire, típusaira és a megküzdési lehetőségekre. Annak ellenére, hogy a családon belüli erőszak traumatizáló következményeinek elszünetedője elsősorban az egyén, mégis úgy gondolom, e probléma említésekor – mint oly sok más esetben – nem hagyható figyelmen kívül a társadalmi kontextus, hiszen az biztosítja mind a bántalmazáshoz, mind pedig a kilépéshez szükséges háttérrel.

### Abstract

Traumatic research has a very diverse and significant past, who ventures into this area, can find many different aspects of the human soul's injuries. We can talk about individual or collective trauma, we can approach this topic, inter alia, in social scientific, psychoanalytical, social psychological, narrative psychological, developmental

psychological or even clinical psychological way. My writing below is not intended to provide a detailed description of the phenomenon along one of these aspects, it would rather give some kind of images about the historical background of this significant problem. After this part of my work the focus will be on one of the most traumatising area, which is the family.

I will start my writing with the historical background of the trauma. Firstly I'm going to focus on the most decisive period of hysteria researches, then I continue with the appearance of the First World War neurosis, finally, I look at the concept of post-traumatic stress disorder. In the most decisive part of my work one subtype of domestic violence, intimate partner violence will be in the forefront. Within this, I'm talking about the extent of the problem in Europe and Hungary and the dynamics, symptoms, types of abuse and the possibilities of coping. Although the sufferer of the consequences of domestic violence is primarily the individual, when mentioning this problem – as in many other cases – the social context can not be ignored as it provides the background for both the abuse and the exit.

### Bevezetés

Létezhet-e test lélek nélkül vagy lélek test nélkül? E kérdésre kultúránként, filozófiai és vallási irányzatokként eltérő választ kaphatunk. Ha elfogadjuk az elképzelést, miszerint a test és a lélek szervesen kapcsolódik egymáshoz, akkor azt is elismerhetjük, hogy a test sérüléseinek lelki lenyomatai maradhatnak, ahogyan a lelki sebek is testi tünetekben manifesztálódhatnak. „Evidenciaként kezelhetjük, hogy az élő emberi organizmus és annak humán specifikuma szükségszerű alapját képezik az emberi identitásnak. Testünk elválaszthatatlanul hozzánk tartozik...” (Csabai – Erős 2000:21). „'Embernek lenni' nem csak azt jelenti, hogy én ugyanolyan emberi testtel rendelkezem, miként más emberek, hanem azt is, hogy önmagamot *személyként* tételezem, s más emberekkel *személyközi* kapcsolatokat létesítek. Rendelkezem tehát *személyes identitással*...” (Csabai – Erős

2000:23). E gondolatokból kirajzolódik, hogy az emberi létnek csupán egy szegmensét nyújtja a test fizikai formája, egy másik, elhagyhatatlan része az identitás.

A továbbiakban elsősorban a test és lélek viszonyrendszerének egy sötét oldalára fogom helyezni a hangsúlyt. A trauma elméletének rövid történeti bemutatására törekszem, melyet az évről évre több millió áldozatot követelő családon belüli erőszak lélektani következményeivel, mechanizmusával kötök össze. Testi és lelki trauma is számtalan formában érheti az embert, e munkámban ama sérülésekre helyezek hangsúlyt, melyeket az áldozatok saját szeretteiktől otthonuk falai között szenvednek el.

## 1. A trauma történeti háttere

A trauma szó eredeti jelentése seb, sérülés, mely a konkrét, szemmel látható vagy diagnosztikai eszközökkel kimutatható fizikai sérülésekre utal. E fogalom lélektani aspektusával a XIX. század második felében kezdtek el foglalkozni. Az alábbiakban leírom, hogy miként került a trauma a fizikaiból a pszichés térbe és hogyan született meg a poszttrauma stressz-zavar (PTSD) fogalma, melynek az alábbi definíciója olvasható Atkinson *Pszichológia* c. könyvében: „Szorongásos megbetegedés egy olyan stresszkeltelemény (például egy katonai támadás vagy egy természeti katasztrófa) következtében, amely kívül esik az emberi tapasztalat szokásos terjedelmén. Tünetei a trauma ismételt újraélése, az ahhoz kötődő ingerek elkerülése, elidegenedés érzése, ijedékenység, lidércnyomás és visszatérő álmok, valamint alvászavar” (Atkinson – Atkinson – Smith – Bem – Nolen-Hoeksema 2003:592).

A trauma lehet egyszeri, ide tartoznak például a természeti katasztrófák, balesetek, illetve hosszantartó, ismétlődő, amely kategóriába a háború, illetve a családon belüli erőszak okozta lelki sérülések is tartoznak (Herman 2011).

### 1.1 Hisztéria

„Arról, amit pszichének (lelki életünknek) nevezünk, két dolgot tudunk. Ismerjük egyrészt testtől szerzett, működésének színterét, az agyat (az idegrendszert), másrészt tudatos cselekvéseinket. Az utóbbiak közvetlenül vannak adva, jobban megvilágítani semmiféle leírás sem tudja őket” (Freud 1982:410).

A neurológia és pszichiátria jelentős fejlődésen ment keresztül a XIX. század második felében. Új irányt vett a test, illetve a lélek természettudományos megközelítése. Ezekben az években releváns elméletek születtek a pszichopatológia kapcsán, ideg- és elmegyógyintézetek jöttek létre és speciális neurológiai képzések indultak el. Azonban – ahogy az Erős Ferenc 2014-ben megjelent *Kínzás vagy gyógyítás? Pszichiátria és pszichoanalízis az első világháborúban* c. cikkében is olvasható – ennek az egyre bővülő és egyre rendszerezettebbé váló tudományterületnek mégis maradt egy „szürke zónája”, ahova azok a tünetegyüttesek, viselkedési formák tartoztak, melyeket nem lehetett egyértelműen kategóriákba sorolni, olyan, a kor felfogása szerint deviáns viselkedésformának minősülők voltak ezek, amiknek konkrét fizikai okait nem találták (Erős 2014).

Korábban már ugyan foglalkoztak a hisztéria vizsgálataival, mégis elsősorban csupán az 1870-es években került a tudományos diskurzusok homokterébe. A XVIII. századtól kezdve a nő a természet, az irracionális, illetve az emocionalitás megtestesítőjévé vált a tudományos diskurzusban. E reprezentációk által a női test a racionalitást képviselő férfiaság ellentétéként jelent meg, így kiszámíthatatlansága miatt féltő volt, hogy a test átveszi a hatalmat az én felett, ezáltal széteséshez vezet (Csabai – Erős 2000). Az említett félelmek, illetve a női test ismeretének hiánya vezetett ahhoz, hogy a XIX. század végén mintegy két évtizeden át a kutatások egyik legmeghatározóbb témája volt a hisztéria (Herman 2011). A „nagy neurózis” elképzelése a híres francia neurológus, Jean-Martin Charcot nevéhez köthető. Charcot vizsgálatainak központja a párizsi Salpêtrière utcai klinika volt, mely a XIX. század Európájának egyik leghíresebb elmegyógyintézetévé vált. Charcot élő bemutatókkal demonstrálta kutatási eredményeit, melyeket feszült figyelem övezett. Amellett, hogy a hisztéria-kutatások kezdeti szakasza az ő nevéhez köthető, neki köszönhető, hogy a jelenség a szimuláció világából a valós betegség talajára került. Módszerét elsősorban megfigyelésekre, osztályozásra és leírásokra alapozta (Erős 2014). Vizsgálatai középpontjában a motoros bénulás, érzékleti kiesések, konvulzív tünetek, illetve amnézia tünetegyüttese állt. 1880-ra egy jelentős áttörés következett be a hisztéria kutatásának területén: Charcot megállapította, hogy az említett szimptomák hátterében elsősorban lélektani okok állnak. Elméletét arra alapozta, hogy a tünetek hipnózissal mesterségesen előhívhatók és megszüntethetők (Herman 2011).

Ahogy a hisztéria vizsgálata egyre nagyobb teret hódított, úgy vált a pszichoanalízis fiatal képviselőinek céljává a betegség minél alaposabb megismerése. Így volt ezzel az akkor még csupán húszas éveiben járó Pierre Janet és Sigmund Freud is. Janet franciaországi munkája és Freud munkatársával, Josef Breuer-ral folytatott bécsi vizsgálatainak során szinte egyidejűleg megállapította, hogy a hisztéria állapotát pszichés trauma okozza. „Mind Janet, mind Freud felismerte, hogy a hisztéria szomatizációs tünetei olyan mélyen megrázó események rejtett megnyilvánulásai, amelyek törlődtek az emlékezetből. Janet azt írja hisztériás pácienseiről, hogy 'tudatalatti fixa ideák', a traumatikus események emlékei vezérlik őket” (Herman 2011: 25). Ezt a megállapítást követően a tudósok úgy gondolták, az említett állapot tünetei csökkenthetők az emlékek kimondásának, előhívásának hatására. Ez a megközelítés alapozta meg a ma is ismert pszichoanalízis módszertanát.

„Freud a hisztériát betegségnek, a neurózis egyik válfajának tartotta, és két tüneti formáját különböztette meg: a konverziós hisztériát, amelynél a lelki konfliktus a legváltozatosabb testi tünetekben fejeződik ki, és a szorongásos hisztériát, amelynél a szorongás valamely külső tárgyhoz kapcsolódik (mint a fóbiáknál)” (Erős 2014:38). A páciensekkel való beszélgetések során a nők szexuális visszaélésekről számoltak be Freudnak, aki e tapasztalatok alapján 1896-ban *A hisztéria etiológiája* c. munkájában leírta téziséit, miszerint a hisztéria hátterében gyermekkori szexuális visszaélések állnak. Judith Herman így ír Freud említett munkájáról: „Freudnak e tanulmánya a gyermekkori szexuális visszaélés hatásait elemző modern klinikai leírások között egy évszázad távlatából is megállja a helyét. Ragyogó, együttérző, jól fogalmazott, alapos érvelésű munka” (Herman 2011:26).

E „ragyogó” munka ugyanakkor olyan állítást tett, mely elfogadhatatlan volt a kor társadalmá számára. Egyre több hisztériás esett került napvilágra, mely egy eddig titokban tartott problémára hívta fel a figyelmet, így Freud meghátrált téziséitől és a trauma hátterébe az érzelmi és szexuális elfojtást, vágyakat helyezte. „A pszichoanalízis, midőn hisztérikusok tüneteit gyógyítja, abból az előfeltételből indul ki, hogy e tünetek helyettesítői – úgy szólván fordításai – az indulattelt lelki folyamatok, kívánságok, törekvések egy sorának, melyeknek útját a tudatképes lelki működés felé egy sajátos lelkifolyamat az (elfojtás) elzárta” (Freud 1992:40). Ezzel az elképzeléssel és a korábbi elméletétől való

visszalépéssel a hisztéria kutatása is elakadt. A századfordulón a hipnózis és ezáltal a hisztériakutatás is az okkultizmus területére szorult, így hitelessége megkérdőjeleződött. A vizsgálatokat, a kor férfitudósainak módszereit és eredményeit az egyre nagyobb hangot hallató feminista, nőjogi mozgalmak is támadták. Charcot és Breuer is több társuk mellett felhagyott a hisztéria kutatásával, így e jelentős évek után a „trauma” ismét a kutatások periferiájára szorult (Herman 2011).

Foucault hipotézise szerint napjaink nyugati társadalmá nem tagadja a szexualitást, sőt kifejezetten befogadja azt. A szexualitás több mint az individuum egyik alkotóeleme, ami ignorálható, ehelyett építőeleme annak a kapocsnak, mely az embereket identitásukhoz köti (Foucault 1999). Mindezek ellenére Juliet Mitchell brit pszichoanalitikus szerint a testtel és az identitással kapcsolatos pszichoanalitikus diskurzusok kiindulópontját jelentő hisztéria még napjainkban is jelen van, csupán egy átalakult formájában (Csabai – Erős 2000).

## **1.2 Háborús neurózis**

Több mint nyolc millió ember veszítette életét az első világháború során. Ez a veszteség, illetve a frontról hazatérő katonák tünetei hozták újra a tudományos kutatások középpontjába a trauma kérdéskörét (Herman 2011). „A parancsvégrehajtó géppé redukált katonák túlélése többnyire pusztán a véletlen, nem pedig egyéni heroizmuson, bátorságon vagy leleményen múlt. Alárendeltként gyakran súlyos fenyegetések, megalázások, agressziók áldozataivá válhattak” (Erős 2014:35). Ez a dehumanizált orvosi hozzáállás több ezer traumás tünetegyüttest eredményezett, mely a frontról hazatért katonák esetében volt megfigyelhető. Nem csupán a konkrét életveszélyt átélő férfiak, de azok is súlyosan sérültek érzelmileg, akik végignézték bajtársaik halálát, embertársaik kivégzését. A katonákon túl, a háborúban résztvevő országok lakosai is a politika pszichológiai hadviselésének áldozataivá váltak, így az első világháború az egyéni mellett kollektív traumát is eredményezett (Erős 2014).

Charles Samuel Myers angol pszichiáter (1873–1946) 1915-ben alkotta meg a „gránátsokk” fogalmát. A gránátsokk azt a megmerevedett, görcsös testhelyzetet jelenítette meg, amelyben a személy a robbanás pillanatában volt (Erős 2014). Kezdetben az ezzel járó tüneteket (remegés, járászavar, görcsök, üveges tekintet, bénulás stb.) az idegrendszer sérülé-

séhez kötötték, így továbbra is elsősorban fiziológiai okoknak tulajdonították. Csupán később ismerte fel a tudomány, hogy a tünetek nem csak a valódi gránátrobbanást átélt személyeknél tapasztalhatók. A traumatizált katonák közmegítélése ezekben az években még rendkívül negatív volt, férfiatlannak, gyávának tartotta őket a társadalom és a politikai vezetés is (Herman 2011).

Ahogy egyre nőtt a traumatizált katonák száma, úgy kellett a hadban álló országoknak egyre nagyobb figyelmet fordítaniuk a problémára. 1916-tól speciális intézetek nyíltak a frontról hazakerült katonák ellátására, besorozott neurológusok, pszichiáterek, pszichoanalitikusok dolgoztak hadikórházakban (Erős 2014). Köztük volt Ferenczi Sándor is, aki a pszichoanalízis hazai megteremtésének jelentős alakja volt. Ferenczi 1907-ben került közelebbi kapcsolatba a pszichoanalízissel, barátja, a szintén elmeorvosként praktizáló Stein Fülöp hatására. Ferenczi 1908 elején, a pszichoanalitikusok első salzburgi konferenciáját megelőzően találkozott először Sigmund Freuddal, akivel barátságot épített ki, és levelezésbe kezdett. Ferenczit az első világháború során először a pápai huszárezredhez osztották be (Harmat 1986). Ferenczi az alábbi tünetegyüttesekről ír: csökkent potencia, érzékszervek túlérzékenysége (pl. fényviszony) fokozott érzékenység, önszeretés, narcizmus, szorongás, önbizalom megrendülése, járászavarok, melyek egyfajta „óvóintézkedések a szorongás ismétlődése ellen, tehát a Freud értelmében vett fóbiák”. „Azokat az eseteket, amelyekben ezek a tünetek uralkodnak, *szorongásos hisztériának* kell felfognunk. Viszont azok a tünetek, amelyek egyszerűen az explózió pilanatában elfoglalt szituációt (az innervációt, a testtartást) őrzik meg, a pszichoanalízis értelmében vett *konverziós hisztéria* tünetei” (Ferenczi in Linczényi szerk. 1982:221-222).

A német pszichiátriai társaság háborús neurózissal kapcsolatban szervezett 1916-os müncheni konferenciáján a jelenlévő pszichiáterek túlnyomó része a háborús neurózisban szenvedőket hisztériásoknak minősítette, ezzel megkérdőjelezve tüneteik hitelességét. A konferenciát követően elkezdtek alkalmazni a korábban már megjelent, ugyanakkor bizonytalan megítélésű hipnózis módszerét, mely mellett gyógyszeres kezelést és büntető jellegű „kúrát” is alkalmaztak, így sötétkamrában tartották a betegeket, továbbá elektromos áramütéssel, forró és hideg vizes kezelésekkkel próbálták minél előbb újra harcképesé tenni a traumatizált katonákat. A fáradós árammal történő kezelést („meglepetés-kú-

rát”) egy német katonarvos, Fritz Kaufmann kezdte el alkalmazni. A módszer hihetetlen gyorsasággal tette újra járó és „működőképessé” a katonákat, így széles körben elterjedt „gyógyítási” formává vált. A neurológusok és pszichiáterek véleménye megosztott az ideálisnak vélt módszerek mentén: egy részük a beszélgetés terápiás hatásában hitt, míg a többiek az áramütés alkalmazását részesítették előnyben. E módszerrel a pszichiáterek eleget tehettek a politikai vezetés egyre sürgetőbb igényeinek, mely nem engedhette, hogy katonákat veszítsen. A hatékonyság érdekében speciális idegosztályokat hoztak létre a katonák nagyszámú ellátására (Erős 2014).

Ferenczi 1916 januárjában Budapestre helyezték, ahol a Mária Valéria barakk-kórház ideggyógyászati osztályának vezetőjeként folytathatta munkáját. A későbbiekben kialakított aktív módszere mellett, hogy nagyobb teret engedett a pszichoanalitikusnak, válasz is volt a kor kihívására, mely egyre sürgetőbb teherként nehezedett a terapeuták vállára. Az aktív módszer során Ferenczi bízta az analitikusokat a feszültség fokozására, a dicséret és szidás alkalmazására, illetve a szabad asszociációs folyamatok irányítására. E gondolatai azonban túlon túl forradalmi bizonyultak, így a későbbi években háttérbe helyezte azokat (Harmat 1986). Praktizálása során hatalmas számban találkozott a háborúból hazatérő neurózisban szenvedő katonákkal. Ferenczi Freudnak írt leveleiből kirajzolódik, hogy bár Budapesten is az elektromos árammal történő kezelés volt elterjedt és ezáltal tudományosan is elismert, ő mégsem kívánt részt venni ezekben az eljárásokban, ahogyan a hipnózis módszerétől is idegenkedett (Erős 2014).

„1917-ben, a háború utolsó előtti évében a háborús neurotikusok egyre nagyobb problémát jelentettek az osztrák-magyar hadvezetés számára” (Erős 2014:50). „Az összeomlás közeledtével a hadikórházakat ellepő háborús lelki sérültek ellátásának és rehabilitációjának kérdése már teljességgel megoldhatatlanná vált” (Erős 2014:51). Ez az egyre nagyobb méreteket öltő probléma forradalmi gondolatok megszületésének veszélyével fenyegette a politikai vezetést. A katonai kórházak idegosztályain tapasztalt erőszak és brutalitás egyre nagyobb elégedetlenséget váltott ki az emberekből. A budapesti pszichoanalitikus kongresszuson Ferenczinek lehetősége nyílt megosztani módszereit, tapasztalatait a szakma jelentős képviselőivel, akik számára világossá vált, hogy a korábban ideálisnak tűnő rendszer kiépítése nehezen és csupán hiányosan ment végbe. Ekkor realizálták, hogy a psziché figye-

lembévétele nélkül nem oldható meg a több ezreket érintő probléma. E felismerés vezetett ahhoz, hogy a háború végére a pszichiátria szembesült korábbi embertelen módszereinek következményeivel és a humánusabb megoldást képviselő pszichoanalízis felé fordult (Erős 2014). „A háború tömegkísérlete sok igen súlyos neurozist hozott létre, amelyeknél pedig mechanikus befolyásról szó sem eshetett, és az orvosok mintegy rákényszerültek annak a belátására, hogy a számításaikból eddig következetesen kihagytak valamit, és ez a valami megint csak a 'lélek' volt” (Ferenczi in Linczényi szerk. 1982:200).

### 1.3 Poszttraumás stressz zavar

A trauma vizsgálatai az első világháborút követően ismét háttérbe szorultak, legközelebb a második világháború, illetve a vietnámi háború borzalmai hívták életre (Herman 2011).

Abram Kardiner amerikai pszichiáter és antropológus a Veteránügyi Hivatal pszichiátriai klinikáján dolgozott, munkájának eredményeként 1941-ben megírta *A háború traumás neurozisa* c. átfogó elméleti és klinikai tanulmányát. Kardiner meglátta a hisztéria és a háborús neurozisz azonos gyökereit, ám a hisztéria megítéléséhez pejoratív fogalmak kötődtek (Herman 2011).

A második világháború alatt felismerték, hogy a háborús bevetés során bárki összeomolhat, így már nem csupán a „gyenge”, „gyáva” férfiak tünete együttese volt a neurozisz. Ez a felismerés vezetett ahhoz az igényhez, hogy előre kiszámíthatóvá váljon a betegek száma. A pszichiáterek rájöttek, hogy a pszichiátriai sérültek száma előre jelezhető a harcok súlyosságának függvényében. J. W. Appel és G. W. Beebe amerikai pszichiáterek elképzelése szerint 200-240 bevetésben töltött nap már a leg-erősebb katonákat is megtöri (Herman 2011).

A terápiákat a harctérhez közel tartották, hogy az amerikai katonákat minél előbb vissza lehessen küldeni a frontra. Az ideálisnak vélt módszerek még ezekben az években is változó formában jelentek meg: Kardiner és Herbert Spiegel hipnózist alkalmaztak, míg Roy Grinker és John Spiegel nátrium-amytalt használtak, mely a „narkoszintézis” módszerének részét képezte. A cél továbbra is az volt, hogy a katonákat minél előbb vissza lehessen küldeni a frontra: „Egy jelentés szerint a második világháború során az akut stresszben szenvedő amerikai katonák 80 százalékát átlagosan egy héten belül továbbbírányították valamilyen katonai szolgálatra.

30 százalékukat visszaküldték harci alakulatokhoz” (Herman 2011:41). A traumatizált katonák sokszor kíméletlen ellátása ahhoz vezetett, hogy 1967-ben New Yorkban létrejött a Vietnámi Veteránok a Háború Ellen szervezet (Vietnamese Veterans Against the War). A folyamatban lévő akciók és a helyi szervezetek révén a VVAW rávilágított az Egyesült Államok délkelet-ázsiai hadszíntéren való részvételének igazságtalanságaira. 1970-ben az első csoportos terápiák során kezdetét vette a háború traumás utóhatásainak kezelése.<sup>1</sup> A háborút ellenző csoportosulások egyre nagyobb számban jelentek meg. Működésükkel elérték, hogy létrejöjjön az Operation Outreach nevű program, melynek köszönhetően a Vietnámban harcoló katonák pszichés szakellátáshoz juthattak. Önségítő körök, tanácsadó szolgáltatások jöttek létre a háborús neurozisz áldozatai részére. A háborúellenes mozgalmak és kutatások rávilágítottak arra, hogy a háborús neurozisz a háború elkerülhetetlen következménye, így 1980-ban az Amerikai Pszichológiai Társaság a mentális rendellenességek sorába helyezte a „poszttraumás stressz zavart” (Herman 2011).

A 20. században a trauma vizsgálata elsősorban a háborút megjárt katonák tüneteinek keresztül valósult meg. Az 1970-es évek feminista mozgalmi azonban igyekeztek rámutatni arra, hogy a trauma nem csupán a férfiak, a katonák problémája. A nők élete ezekben az években még elsősorban az otthon falai közé koncentráldott, így magánéletük a társadalom elől rejtve maradt. Ennek következtében különösen nehéz volt felismerni a hatalmas számban előforduló nők ellen elkövetett szexuális visszaéléseket. A női szervezetek megjelenése lehetővé tette, hogy a nők ráismerjenek arra, hogy az otthon falai között átélt traumák nem egyedi esetek. A szerveződések célja társadalmi változás elérése volt a titkok világából való kitörés által (Herman 2011).

A hetvenes évektől az amerikai feministák fel-szólalásának köszönhetően a nemi erőszak beke-reült a társadalmi diskurzusok közé. Elkezdődött a törvények megreformálása és 1975-ben a National Institute of Mental Health-en (Országos Mentálhi-giénés Intézet) belül létrejött egy külön, a nemi erőszak kutatására specializálódott központ. Mivel a kutatók többsége nő volt, a nők végre aktívan is részt vehettek saját életük, traumáik feltárásában. A vizsgálatok rávilágítottak arra, amit Freud már kö-zel 100 évvel korábban is megírt, ám végül elvetett, hogy minden negyedik nő szexuális erőszak áldoza-

1 About VVAW: <http://www.vvaw.org/about/> (2017.11.27.)

ta. 1971-ben megnyílt az első krízisközpont a nemi erőszak áldozatainak, amit futótűzként több száz hasonló intézmény követett Amerika-szerte. 1972-ben Ann Wolbert Burgess pszichiátriai ápoló és Lynda Lytle Holmstrom szociológus megalkották a „nemi erőszak trauma-szindróma” fogalmát. A vizsgált nők hányingerről, rémálmokról, disszociatív tünetekről és tompultságról számoltak be (Herman 2011).

„Csak 1980 után vált nyilvánvalóvá, amikor a vietnámi veteránok erőfeszítéseinek köszönhetően a poszttraumás stressz zavar fogalma már beépült a köztudatba, hogy a nemi erőszak, a családon belüli bántalmazás és az incestus túlélőinél tapasztalt pszichés tünetegyüttes gyakorlatilag megegyezik a háborús túlélőknél tapasztalható tünetekkel” (Herman 2011:48).

Ahogy a szexuális erőszak kérdésköre a köztudatba került, úgy indultak el a vizsgálatok az ismeretlen elkövető felől az ismerős felé és így került napfényre a tény, mely szerint a szexuális visszaélések kiugró százalékát ismerős követi el.<sup>2</sup>

## 2. Családon belüli erőszak

Az alábbiakban a családon belüli erőszak, azon belül is elsősorban a párkapcsolaton belüli erőszak kérdéskörét társadalomtudományi, pszichológiai és statisztikai aspektusból fogom vizsgálni. Így igyekszem közeledni a múlt jelentős felfedezései felől napjaink egyik legnagyobb társadalmi problémája felé.

### 2.1 A párkapcsolaton belüli erőszak típusai

1993-ban az Egyesült Nemzetek Szervezete elfogadta a nőkkel szembeni erőszak felszámolásáról szóló nyilatkozatot (A / RES / 48/104), a jelenség alábbi definícióját adja: „Bármely nemi alapú erőszak, amely a nők számára fizikai, szexuális vagy mentális károkat, szenvedést eredményez vagy eredményezhet, beleértve azon cselekményeket, melyek kényszerrel vagy a szabadság önkényes alapú elvéte-

2 „Az erőszakos nemi közületek több mint 80%-a részben vagy egészében előre megtervezett, és az esetek jelentős részében az áldozat otthonában vagy otthonának közelében történik, és az elkövető az áldozat számára ismert személy” (NANE). <http://nane.hu/erintetteknek/tudnivalok-a-nok-elleni-eroszakrol/#mi-a-szexuális-eroszak> (2017.11.27.)

lével fenyegetnek, függetlenül azok nyilvános vagy magánjellegétől”.

A párkapcsolaton belüli erőszakot az alábbi formában határozza meg az ENSZ:

„A párkapcsolaton belüli erőszak egy olyan intimitás partner vagy ex-partner magatartására utal, aki fizikai, szexuális vagy pszichológiai károkat okoz, beleértve a fizikai agressziót, a szexuális kényszert, a pszichológiai bántalmazást és a kontrolláló viselkedést”.

A családon belüli erőszaknak öt különböző típusát különíti el a Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen Egyesület 2015-ben kiadott *Miért marad?* c. kiadványában. Az erőszak típusok a következők: szóbeli, lelki, gazdasági-társadalmi, testi és szexuális. Az elkövető és az áldozat között „valamiféle közeli, vagy akár bensőséges kapcsolat áll fenn” (NANE 2015:9). A családon belüli erőszaknak általában azok a személyek vannak kitéve, akik függő helyzetben állnak az őket bántalmazótól. „A családon belüli erőszaknak leginkább kitétt két társadalmi csoport a nők és a gyerekek” (NANE 2015:10).

A szóbeli erőszak altípusait Patricia Evans *Szavakkal verve* c. könyvében részletesen felsorolja. A kategóriák az alábbiak: „titkolózás, ellenkezés, leszólás, viccnek álcázott erőszak, beszélgetés akadályozása, mellébeszélés, vádaskodás, hibáztatás, ítélkezés, kritizálás, bagatellizálás, aláásás, fenyegetés, becsmérlés, elfelejtés, parancsolgatás, tagadás és bántalmazó dühkitörés” (Evans 2012:92-93). Mindezek következtében az áldozat az alábbi elsődleges hatásokat tapasztalhatja: „nem bízik saját spontaneitásában, elveszíti a lelkesedését, állandó készenléti állapotban van, bizonytalan abban, hogyan értelmezik, aggódik, hogy valami nem stimmel vele, elveszíti magabiztosságát, egyre inkább kételkedik önmagában, szorong/ fél, hogy megőrült, bizonytalan észlelései elfogadásában, nem szívesen von le következtetéseket, szeretne elmenekülni vagy elszökni, hajlamos a jövőben élni, nem bízik jövőbeli kapcsolataiban” (Evans 2012:50).

A tisztán lelki erőszak kategóriájába az alábbiak tartoznak: a bántalmazó elzárkózik a bántalmazottól, kényszerítő kontrollnak veti alá, ellenőrzése alatt tartja, féltékenykedik, manipulálja, az áldozatot kritizálja, önbecsülését lerombolja. A lelki erőszak során rendszerint a bántalmazó áldozatát okolja minden negatív cselekedetért és bármilyen bekövetkező nehézségért. A problémamegoldás elől elzárkózik. Megfélemlítően viselkedik, kiabál, ösztörtöri a lakás berendezéseit, vagy a bántalmazott

értékeit. Fenyegetőzik, megkérdőjelezi áldozatának tapasztalatait (NANE 2015).

Gazdasági-társadalmi erőszaknak számít, ha a bántalmazó az áldozatot önálló pénzkeresetében korlátozza. A gazdasági erőszak során a bántalmazó kizárólagosan rendelkezik a közös anyagi javakkal, melyeket saját belátása szerint oszt meg áldozatával és mely felhasználását rendszeresen megkérdőjelezi. Az említett bántalmazási formával az áldozat és gyermekei „relatív szegénységbe” kényszerülnek. Ehhez az összevont bántalmazási formához tartozik a bántalmazott elidegenítése családjától, barátaitól, ismerőseitől (NANE 2015).

Testi erőszaknak minősül, amikor a bántalmazó az áldozatot lökdösi, megüti, megveri, rugdosza, rázza, megégeti, fegyverrel fenyegeti, vagy más, egyéb módon fizikailag bántalmazza, vagy elemi fizikai igényeit korlátozza (mozgásszabadság korlátozása, éheztetés, víz, villany, gáz elzárása) (NANE 2015).

Szexuális erőszakra beszélünk, ha a bántalmazó áldozatát szexuális tevékenységre kényszeríti, azzal fájdalmat okoz neki, megerősokolja, megalázza, másokkal való közösiségre kényszeríti. A bántalmazásnak ilyen formájába tartozik a reprodukív jogok korlátozása is (NANE 2015).

Leonore Walker, amerikai pszichológus leírta az „erőszak ciklusainak” fogalmát. Szerinte a párkapcsolat egyfajta körforgáshoz hasonló ciklikus mintázatot mutat, mely során három jellegzetes szakasz követi egymást újra és újra: a feszültség felgyülemelésének periódusa, melyet az erőszak kitörése követ, amit a „mészehetek” fázisa vált fel (NANE 2015).

„A feszültség felgyülemelésének idején a kapcsolatban egyre sűrűsödnek és súlyosbodnak a surlódások: a bántalmazó mindenben hibát talál, mindenbe beleköt, esetleg szóban bántja partnerét” (NANE 2015:39). Az áldozatok ebben a stádiumban általában igyekeznek megfelelni partnerük vélt, vagy valós elvárásainak, annak reményében, hogy amennyiben képesek alkalmazkodni, csökkenthetik a bántalmazó indulatának intenzitását. Az említett feszültség egészen az erőszak kitöréséig növekszik, majd abban „feloldódik” (NANE 2015).

Az erőszakkitörés történhet szóban, vagy tettlegesség formájában: fizikai vagy szexuális erőszak útján (NANE 2015).

A bántalmazást követően a „mészehetek” ideje alatt az erőszak elkövetője gyakran megbánást mutat, bocsánatot kér, ígéri, hogy többé nem ismétli meg agresszív cselekedetét, figyelmesen, gondosko-

dóan bánik partnerével. Ebben a fázisban kisebb vagy nagyobb értékű ajándékok is megjelenhetnek. Ez a szakasz a bántalmazott lelki megtörésében, elbizonytalanításában kiemelkedően fontos szerepet játszik (NANE 2015).

Ezt az átmeneti periódust ismét a feszültség felgyülemelésének fázisa követi, ami az újabb erőszakkitörésig tart. Az említett szakaszok folyamatosan ismétlik egymást, ezáltal ambivalens érzéseket, zavart építve ki az áldozatban (NANE 2015). Többek között ez a bizonytalanság vezet ahhoz, hogy a bántalmazott nehezen mer/tud kiszállni a „jól felépített” rendszerből.

A szakaszok időben egyre gyorsabban követik egymást. A kapcsolat kezdetén egy-egy erőszakkitörést követő békés fázis akár hónapokig is eltart, majd később a bántalmazás mindennappossá is válhat. A fent leírt ciklikusság ugyan jellemző, de nem minden párkapcsolaton belüli agresszió írható le vele (NANE 2015).

A ciklikusságon túl a bántalmazásra épülő párkapcsolatot az eskalálódás is jellemzi. Ahogy Evans is leírja, a szóbeli erőszakot nem minden esetben követi fizikai bántalmazás, de minden esetben megelőzi azt a verbális abúzus (Evans 2012).

A családon belüli erőszaknak léteznek bizonyos sémái, melyek ugyan nem minden esetben, de általában megfigyelhetők. Jellemző rá a nyilvánosság hiánya, a kiszámíthatatlanság, az áldozat érdekeinek, érdeklődési körének semmibevétele, a bántalmazott elszigetelése, ellentétes minősítése és hibáztatása. Az abúzus sokszor akkor történik meg, amikor az áldozat boldog, lelkes, vagy sikeres. Az esetek jelentős százalékában a köztes időben működőképesnek tűnik a kapcsolat (Evans 2012).

A bántalmazó és a bántalmazott is sokszor egyenlőtlen alapokra építő párkapcsolati modellt lát gyermekkori családjában. Azonban, ami jelentős különbség a két fél esetében, hogy az elkövető életében az áldozattal szemben nincsen értő tanú, így nem is feltétlenül ismeri fel a helyzet igazságtalanságát és példaképévé a domináns fél, vagyis az elkövető válik (Evans 2012).

Evans könyvében a konfliktus, illetve a bántalmazás különbségére is kitér. Leírja, hogy egy konfliktushelyzetben a két fél egyenlő, a szituációt nem uralja félelem és mindkét résztvevő célja a konszenzuson alapuló problémamegoldás. Ezzel szemben a bántalmazás helyzetében az egyik fél domináns szerepet tölt be, így nem beszélhetünk egyenlő erőviszonyokról. Az elkövető célja nem a megoldás, hanem a feszültség levezetése. Ezenfelül a probléma

középpontjában nem egy megoldandó kérdés áll, hanem maga az áldozat. Az agresszív fél dühe nem egy külső okra vezethető vissza (még akkor sem, ha azt állítja), hanem magára az áldozatra, aki bármit is tesz, dühöt vált ki partneréből (Evans 2012).

Judith Herman *Trauma és gyógyulás* c. könyvében többek között a bántalmazás alábbi pszichés hatásairól ír: hiperarousal állapot – mely az ember önvédelmi rendszerének állandó készenléti állapotára utal, ezáltal könnyen ingerlékennyé válik, vagy ijedség tör rá –, emléketörések – aminek során a veszélyhelyzet elmúlását követően is mind gondolati szinten, mind álmokban mind pedig cselekvési szinten újraéli az áldozat a traumatizáló helyzetet felzaklató, olykor bénító emlékek formájában –, végül beszűkülés vagy tompultság – melynek következtében az áldozat távolságtartó nyugalommal reflektál a vele történetekre, ezáltal oldja a rettegést, a dühöt és a fájdalmat (Herman 2011).

A fent írtak tükrében világosan kirajzolódik, hogy miért is olyan nehéz a bántalmazottnak kilépni kapcsolatából. Az áldozat félelme bántalmazójától, gazdasági kitérte, függő helyzete, önértékelésének hiánya, zavarodottsága, elszigeteltsége csupán néhány ok, ami az elkövető mellett tarthatja őt.

A párkapcsolaton belüli erőszak mechanizmusának, típusainak és hatásainak leírását követően az alábbi fejezetben európai és hazai statisztikai adatokra támaszkodva fogom alátámasztani a probléma relevanciáját.

## **2.2 Párkapcsolaton belüli erőszak a statisztikai adatok tükrében**

Mielőtt részletesen leírnám a családon belüli erőszak statisztikai vizsgálatainak eredményeit, fontos megemlítenem a jelentős látenciát, ami e problémát jellemzi. Az adatok értékelésekor, illetve a mélyebb konzekvencia levonásakor ezt a tényt nem szabad szem elől téveszteni.

### **2.2.1 Európai kitekintés**

A 2013-as év adatai alapján 2014 március közepén jelent meg a legkiterjedtebb mintát felölelő legfrissebb kimutatás a nők ellen elkövetett erőszakkal kapcsolatban. Az FRA (European Union Agency For Fundamental Rights), vagyis az Európai Unió Alapjogi Ügynöksége az EU-28 tagállamában, 42 ezer (tagállamonként átlagosan 1500) nővel készí-

tett személyes interjút. „Az interjúalanyok kiválasztása véletlenszerű mintavételezéssel történt. Az eredmények reprezentatívan tükrözik az EU-ban élő, 18 és 74 év közötti nők tapasztalatait és véleményét”.<sup>3</sup>

Az eredmények szerint az EU-ban 13 millió 18 és 74 év közötti nő válhatott fizikai erőszak áldozatává a 2013-as év során. Szexuális erőszak a kutatás becslései szerint az Európai Unióban mintegy 3,7 millió nőt érintett. (Ez a szám az említett területen élő 18-74 éves nők 2 százaléka). Összességében az FRA felmérése alapján az Európai Unió területén a nők 5 százaléka, vagyis minden huszadik nő vált nemi erőszak áldozatává. A házasságon belüli erőszakot átélt nők válasza azt mutatják, hogy a megkérdezett áldozatok 30 százaléka már gyermekkorában átélt szexuális erőszakot. A párkapcsolaton belüli erőszak egyik legsúlyosabb esetét az áldozatok 67 százaléka nem jelentette be a rendőrségnek vagy más szervezetnek. A kapcsolaton belüli szexuális és/vagy fizikai erőszak terén a fent említett adatok ismeretében Finnország, Dánia és Lettország áll az élen (30-39%). Ebben az esetben azonban fontos kérdés lehet, hogy valóban az említett országokban a legmagasabb a párkapcsolati erőszak aránya, vagy ezek azok a területek, ahol a legalacsonyabb a látencia? Az is fontos kérdés ezekkel az adatokkal kapcsolatban, hogy a nők elleni erőszak szubjektív megítéléséből fakadóan melyik nemzetnél milyen típusú cselekmény minősül bántalmazásnak. Az említett országok esetében előfordulhat, hogy a túrérszűz is alacsonyabban helyezkedik el más tagállamokhoz képest (Magyarország, Szlovákia, Csehország, Németország, Franciaország: 20-29%, Lengyelország, Olaszország, Görögország: 10-19%). Ezenkívül azokban az országokban, ahol nagyobb a nemek közötti egyenlőség, nagy valószínűséggel annak is nagyobb az esélye, hogy az erőszakos esetek napvilágra kerülnek, mivel a nagyobb egyenlőséget biztosító társadalmakban nyíltabban, adott esetben viták keretében kezelik az említett eseteket. Végül, de nem utolsósorban az értékek elemzésekor az adott ország vallási és kulturális háttere is nagy szerepet játszhat (FRA 2014).

Az általános eredmények leírása után lényegesnek tartom a magyarországi adatok rövid bemutatását is, ezért a továbbiakban a legutóbbi, 2010–2011-es KSH-felmérés adatai alapján fogom megvilágítani a családon belüli erőszak hazai helyzetét.

3 FRA kutatás: [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-factsheet\\_hu.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-factsheet_hu.pdf) (2017.11.27.)



### 2.2.2 Hazai adatok

Mielőtt részletesebben kitérnék a családon belüli erőszak hazai statisztikáinak elemzésére, fontosnak tartom röviden vázolni a probléma látenciájának jelentőségét. Amint az Sproncz Júlia jogvédő *A jog hálójában* c. tanulmányából is kirajzolódik, a hazai joggyakorlás számtalan ponton megnehezíti azon nők helyzetét, akik jogi úton szeretnének kilépni bántalmazó kapcsolatukból. Sproncz többek között az alábbi általános háritó mechanizmusokról ír; a „bántalmazó eltüntetése” mely során a bíróság figyelmének középpontjából kikerül az elkövető, aki helyett az áldozat válik a vizsgálatok tárgyává. Erre példaképpen egy nemi erőszakos bűncselekmény ügymenetét írja le, mely során az áldozat szavahihetőségét kérdőjelezi meg, szexuális szokásait, esetleges „provokatív viselkedését” vizsgálják, ahelyett, hogy a fókusz az elkövetőre helyeznék. Második lehetséges módszerként az „eltántorító mechanizmusokról” ír melyek közé tartozik a „magánindítvány” is. Magyarországon kizárólag magánindítvány keretein belül indítható eljárás az elkövető ellen, ami azt jelenti, hogy már a jogi fiaskó kezdeti pontjánál a sértettre hárítják az eljárás megindításának felelősségét (Sproncz 2009).

Egy másik formája az eltántorításnak a „magánvád”, ami azt jelenti, hogy a vádat mint magánvádoló a sértett képviseli, vagyis őt terheli a peres eljárásra vonatkozó döntés felelőssége és költsége. A jogi menethez hozzátartozik a békítés gyakorlata is, melynek során az áldozatot az elkövetővel történő személyes találkozás során megpróbálják kompromisszumra motiválni. Az említett mechanizmusok közé sorolható a „hamis vád fenyegetése”, ami Sproncz munkájában egyfajta „notórius hazudozó” képét kelti az áldozatról. Emellett „a bántalmazottak valóságának figyelmen kívül hagyását” említi a szerző, ami negligálja a társadalom tagjai között megfigyelhető hatalmi különbségeket. Végül a „diszkriminációt” említi, melyben részletesen több példán keresztül is leírja, hogy a patriarchális társadalmi berendezkedés miképpen befolyásolja a döntéshozatalt. „A fenti összefoglalóban kiderül: az ismertett sajátosságok arra az eredményre vezetnek, hogy a családon belüli erőszak fenntartása a rendszerbe kódolva biztosított” (Sproncz 2009:58). E rendszerbe zártág is jelentős mértékben hozzájárul ahhoz, hogy a családon belüli erőszakos esetek legnagyobb része nem kerül napvilágra.

Az alábbiakban a családon belüli erőszakos bűncselekmények magyarországi statisztikáin keresztül igyekszem rávilágítani a probléma hazai mértékére.

Az említett bűncselekmények megoszlása 2011-ben Magyarországon közel 6400 regisztrált eset alapján a következő volt:

A bejelentések kb. 42 százaléka testi sértésről, 24 százaléka zaklatásról számolt be, hozzávetőleg 12 százaléka kiskorú veszélyeztetésére, 4 százaléka személyi szabadság megvonására vonatkozott, 1,5 százalék esetében emberöléssel végződött a bántalmazás (KSH 2012).

Az említett 6400 regisztrált eset 49,8 százalékában az áldozat jelenlegi, vagy volt házastársa, élettársa volt a bántalmazó, vagyis az esetek közel felében párkapcsolaton belüli erőszakról beszélhetünk. A partner után a szülő (19,5%), majd az egyéb hozzátartozók következnek (18,2%), és végül a még megnevezettek közül 11,1 százalékkal a hozzátartozóikat bántalmazó gyermekek, vagy unokák követték el az abúzus valamelyik formáját (KSH 2012).<sup>4</sup>

A KSH 2010–2011-es vizsgálatai alapján, a párkapcsolaton belüli erőszak sértettjei 90,9%-ban nők voltak (KSH 2012).

Herczog Mária *A családon belüli erőszak jelentésváltozásai és helyzete Magyarországon* c. munkájában az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) 2008-ban megjelent adatgyűjtésének eredményeit elemezte. Vizsgálataiban elsősorban a gyermek áldozatokra helyezte a hangsúlyt. Munkájából többek között kiderül, hogy az ismertté vált bűncselekmények „ismert” elkövetőinek a sértettekhez fűződő kapcsolata a kiemelt bűncselekmények esetében (2007-ben) az alábbiak voltak: a házasság, a család, az ifjúság, a nemi erkölcs elleni bűncselekmények 53 százalékát hozzátartozó követte el, ahogyan a kiskorú veszélyeztetése is legnagyobb súlyban a hozzátartozó vétségén alapult (79,9%). A gyermekjóléti szolgálatnál ellátott bántalmazott gyermekek közel 86 százalékát a saját szülője bántalmazta. Ahogyan azt Herczog is írja, feltételezhetően a gyermekek bántalmazása más hozzátartozók bántalmazásával is együtt járt, ugyanakkor erre a statisztikai adatok nem mutatnak rá. A szerző leírja, hogy a szakemberek képzésében még mindig rendkívül alacsony szerepet játszik az erőszak és bántalmazás problémája, ezenfelül aggasztónak nevezi az alapellátást nyújtó szakemberek és intézmények fel-

<sup>4</sup> KSH kutatás: <http://www.ksh.hu/szamlap/életunk.html> (2017.11.27.)

készületlenségét és eszköztelenségét. Jelentős problémaként merül fel az adatok kezelésében az egy-egy meghatározások és szakmai szabályok hiánya arra vonatkozóan, hogy mit tekintünk elhanyagolásnak és bántalmazásnak (Herczog 2009).

### 2.3 Megküzdési lehetőségek

A fent írt adatok tükrében felmerülhet a kérdés: mit lehet tenni az erőszak ellen? Hogyan lehet kikerülni a Walker által leírt rendszerből, ciklikusságból?

Erre a kérdésre eddigi olvasmányaim alapján nem találtam egyetlen biztos stratégiát sem, ám több szakirodalom is említ olyan módszereket, melyek lehetővé teszik az áldozat számára a kilépést. Az alábbiakban négy lehetséges módszert fogok vázolni.

*Krizishelyzetben* a NANE szerint egy biztonsági terv segíthet, ami a bántalmazott kapcsolatban élő nő számára mindig fontos, hogy „kéznél legyen”. E tervben ki kell térni arra, hova menekülhet az áldozat egy dühkitörés esetében, érdemes összegyűjteni azoknak a személyeknek a nevét, akikhez fordulhat, akikenél néhány napot eltölthet, ilyenek lehetnek a családtagok, barátok, közeli ismerősök. Ugyancsak elsődleges az önállóság megalapozása, aminek anyagi oldala is van, így az áldozatnak fontos, hogy legyen pénze, aminek elrejtésére megkérhet egy ismerőst vagy nyithat egy titkos bankszámlát. A kulcsok lemásolása is életmentő lehet, így a lakáskulcs, illetve az autóhoz tartozó kulcs másolatának elrejtése. Végül jó, ha az áldozat magánál tartja mobiltelefonját, illetve a vészhelyzet esetén hívható telefonszámok listáját. A terv tartalmazhat menekülési útvonalat is. Az áldozatnak minél többször kell lejátszania magában a szituációt, hogy a szükséges pillanatban is emlékezni tudjon a korábban átgondolt tervre.<sup>5</sup>

A *hosszú távú segítség* esetében több szakirodalom is kitér a terapeuta szerepének relevanciájára. A bántalmazott nők esetében különösen fontos az önértékelés erősítése, az életminőség javítása, illetve a kölcsönösség megtalálása. Patricia Evans *Szavakkal verve* c. munkájában röviden vázolja, hogy egy ideális helyzetben milyen terapeuta-páciens viszonyoknak kell fennállnia: fontos, hogy a terapeuta állást foglaljon a változás mellett, nem maradhat semleges, a terápiás foglalkozásoknak konstruktív alapokon kell működniük, és biztonságos közeget kell nyújtaniuk, ahol az áldozat bizalommal

fordulhat a pszichológushoz. Evans említi, hogy a terapeutának értenie kell a családon belüli erőszakos esetekhez, így jó, ha elvégez egy külön erre a problémára fókuszáló továbbképzést, mely segít abban, hogy könnyebben felismerje a sokszor rejtett erőszak tüneteit. A terápia során hangoztatnia kell, hogy a bántalmazás felelőssége a bántalmazó vállát nyomja, hiszen ő hozza meg a döntést saját viselkedésével kapcsolatban. Amennyiben egy párterápia keretén belül keresik meg a pszichológust és felmerül a fizikai erőszak gyanúja, a két felet nem lehet a továbbiakban együtt kezelni, hiszen az áldozatnak nem lesz lehetősége megnyílni (Evans 2012).

A harmadik megküzdési stratégiaként a *segítő beszélgetést* emelném ki. Nem csupán a szakemberek segíthetnek az áldozatokon, hanem a barátok, hozzátartozók is. Ebben az esetben fontos a megértés és az áldozathibáztatástól mentes kommunikáció. Egy segítő beszélgetés során fontos, hogy biztosítsuk az áldozatot arról: bízhat bennünk. Emellett előfordulhat, hogy az áldozat nem azonosul a „bántalmazott” szereppel, vagyis hárítja az elképzelést, miszerint áldozat. Egy ilyen helyzetben nem szükséges őt szerepéről győzködni, sokkal fontosabb, hogy megtudjuk, mi történik vele és mire lenne szüksége. Ezt követően fontos a célok tisztázása, ami azonban nem feltétlenül gyors, tiszta jövőkép kialakítását jelenti, sokszor csupán kisebb felismerésekben, rövidtávú tervekben jelenik meg. Végül, harmadik lépésként említi a NANE kézikönyve az együttműködés alapelveinek tisztázását. Mindenekelőtt a cél: az áldozat biztonságának megteremtése, ami lehet azonnali (ilyen a fent említett krízis-helyzet), közép- és hosszútávú, mely a jövőbeni menekülési útvonalra fókuszál (NANE 2015). Mindezek mellett fontos, hogy az áldozat tudja, bármikor fordulhat hozzánk, érezzük vele, hogy hiszünk neki, hogy számíthat ránk a bajban, erősítsük meg abban, hogy ami vele történik, az nincsen rendben. A segítőknél fel kell készülniük arra, hogy a bántalmazott sokszor visszatér bántalmazójához. Ez a reakció rendkívül összetett okokra épülhet (pl. félelem, bizonytalanság, remény). A segítő beszélgetés akkor lehet hatékony, ha az áldozat helyett az elkövetőre helyezük a felelősséget. Nem az a kérdés, hogy az áldozat miért nem üt vissza, miért marad a kapcsolatban, hanem az a fontos, hogy ami vele történik az igazságtalan.

Az említett lehetőségek elsősorban egyéni szintű változáshoz vezethetnek. Evans könyvének záró fejezetében azonban kitér egy *társadalmi szintű lehetőségre* is. Munkájában olvashatjuk, hogy az erőszak

5 <http://nane.hu> (2017.11.27.)

bagatellizálása társadalmunkra jellemző. Már gyermekkorban igyekszünk csökkenteni a bántalmazás jelentőségét ilyen és ehhez hasonló mondatokkal: „Felejtse el, csak rossz napja volt”, „Biztos nem úgy gondolta...”. Ez esetekben a szülő sokszor csupán gyermeke nyugalmát igyekszik biztosítani, ugyanakkor mellette csökkenti az egyéni tapasztalatok, negatív élmények súlyát is. Evans szerint fontos, hogy a következő generációkat már úgy neveljük fel, hogy saját egyéni tapasztalataikat, bántalmazással kapcsolatos érzéseiket ne redukáljuk. Látniuk kell a gyermekeknek, hogy ami velük történt az igazságtalan, bántó, fájdalmas és nem helyénvaló (Evans 2012).

### 3. Összegzés

A hisztéria és háborús neurózis tünetegyüttesének történelmi vizsgálata során egy sokáig perifériára szorult, el nem ismert lelki eredetű problémát láthatunk, mely a XIX. század végén került a tudományos vizsgálatok középpontjába és csupán száz évvel később 1980-ban került be a Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvébe. A poszttraumás stressz zavar ugyan megkapta pszichológiai definícióját, de gyakran napjainkban is hallgatnak róla az áldozatok. Ahogy az a fent említett példából is kirajzolódik: a testi és lelki tényezők vizsgálata során nem hagyhatjuk figyelmen kívül a társas kapcsolatokat, azokat a jelentős Másokat, akik mind negatív (bántalmazó), mind pozitív (segítő) módon befolyásolják saját lelki és testi működésünket: „Az öröm, az Erősz eredendően nem narcisztikus: először a Másikból való eredeti táplálkozás, a Másikkal való eredeti harmónia. Elfelejtjük, mert olyan természetes, mint halnak a víz, csecsemőnek az anyatej. Mégis működik bennünk és élte: ez teszi kibírhatóvá az elkerülhetetlen felsebződést, traumatizálódást, ami szintén a Másik felől jön, s amit oly nehéz elviselni” (Vermes 2006:205).

A családon belüli erőszak áldozatai által átélt borzalmak valóságát továbbra is sokszor megkérdőjelezi társadalmunk. Fromm azt írja: „A modern ember elidegenedik önmagától, barátaitól és a természettől” (Fromm in Kemény szerk. 1972:303). Amennyiben ez az elidegenedés valóban jelen van, nem hagyhatjuk, hogy arra ösztönözzön minket, hogy hátat fordítsunk az áldozatoknak, megkérdőjelezzük érzéseiket, tapasztalataikat, és ezáltal hozzájáruljunk az általuk átélt trauma súlyosbításához,

mélyítéséhez. Erős Ferenc 2016-ban megjelent *Psziché és hatalom* c. könyvében leírja, hogy az erőszak társadalmi szintű legitimitációjához „intézményesült propagandára, ideológiára, hősi elbeszélésekre, legitimáló mítoszokra van szükség, amelyek részben az erőszak privilégiumát birtoklók önigazolására szolgálnak, részben pedig érthetővé teszik, hogy az alávetettek, az elnyomottak, a hátrányos helyzetű, kisebbségi csoportokhoz tartozók miért fogadják el, sőt, miért tartják többnyire elkerülhetetlennek azt a rendszert, amelynek közvetve vagy közvetlenül ők maguk is kiszolgáltatottjai és áldozatai, akár nemzedékek hosszú során át” (Erős 2016:150). Ilyen igazoló metódus többek között a Melvin Lerner 1980-ban megfogalmazott elmélete, amely abból a hiedelemből eredeztethető, miszerint az univerzum rendezett és igazságos alapokon nyugvó hely, ahol „mindenki azt kapja, amit megérdemel”. Ezekre a képzetekre azért van szüksége a társadalomnak, hogy megvédje annak tagjait attól a riasztó elgondolástól, miszerint bárki bármikor áldozattá válhat. Ugyanakkor, fontos szem előtt tartani, hogy ez a távolításra alkalmas perspektíva egyszersmind áldozathibáztatás is (Smith – Mackie 2004:579).

E legitimáló módszerek is vezethetnek ahhoz, hogy a bántalmazottak nem mernek beszélni az általuk átélt fájdalmakról, megaláztatásokról. A családon belüli erőszak esetében tapasztalható jelentős látenciát több általam olvasott szakirodalom is hangsúlyozta, ami rámutat arra, hogy meg kell tanulnunk az áldozatok hibáztatása helyett a megértésre törekedni, mert csak így, egy jelentős társadalmi állásfoglalás segítségével kerülhetnek felszínre az eddig homályba vesztett testi és lelki sérülések.

### Felhasznált irodalom

- Atkinson, R. L. – Atkinson, R. C. – Smith, E. E. – Bem, D. J. – Nolen-Hoeksema, S. 2003 *Pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Csabai M. – Erős F. 2000 *Testhatárok és énbátárok*. Jászöveg Műhely Kiadó, Budapest.
- Erős F. 2014 Kínzás vagy gyógyítás? Pszichiátria és pszichoanalízis az első világháborúban. *Művelődés-, Tudomány- és Orvostörténeti Folyóirat*. V/8:33-58.
- Erős F. 2016 *Psziché és hatalom*. Kalligram, Budapest.
- Evans, P. 2012 *Szavakkal verve*. Háttér Kiadó, Budapest.

- Ferenczi S. 1982 A háborús neurózisok pszichoanalízise. In Linczényi A. szerk. *Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében – Válogatás Ferenczi Sándor tanulmányaiból*. Magvető Kiadó, Budapest.
- Foucault, M. 1999 *Nyelv a végtelenhez*. Latin Betűk, Debrecen, 271-286.
- Freud, S. 1982 *Esszék*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Freud, S. 1992 *A szexualitásról*. Könyvjező Kiadó, Nyíregyháza.
- Fromm, E. 1972 A szeretet és a szerelem felbomlása a mai nyugati társadalomban. In Kemény I. szerk. *A szexuális élet szociológiája*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 301-318.
- Harmat P. 1986 *Freud, Ferenczi és a magyarországi pszichoanalízis*. Európai Protestáns Magyar Szabadegyetem, Bern.
- Herczog M. 2009 A családon belüli erőszak jelentésváltozásai és helyzete Magyarországon. In Nagy I. szerk. *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről 2009*. TÁRKI Zrt., Budapest.
- Herman, J. 2011 *Trauma és gyógyulás*. Háttér Kiadó, Budapest.
- NANE Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen Egyesület. (2015). *Miért marad?* Budapest.
- Smith, E. R. – Mackie, D. M. 2004 *Szociálpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Sproncz J. 2009 A jog hálójában. In Wirth J. szerk. *Rendszerbe zárva*. Tűz Hely, Budapest.
- Vermes K. 2006 *A test éthosza. A test és a másik tapasztalatának összefüggése Merleau-Ponty és Lévinas filozófiájában*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Internetes források**
- FRA European Union Agency For Fundamental Rights (2014). Violence against women: an EU-wide survey. [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14\\_en.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf) (2017.11.27.)
- KSH Központi Statisztikai Hivatal (2012). Hozzá tartozók sérelmére elkövetett erőszakos cselekmények. <http://www.ksh.hu/szamlap/életunk.html> (2017.11.27.)
- NANE Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen Egyesület. Szexuális bántalmazásra vonatkozó adatok. <http://nane.hu/erintetteknek/tudnivalok-a-nok-elleni-eroszakrol/#mi-a-szexualis-eroszak> (2017.11.27.)
- United Nations General Assembly – Violence against women: <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/v-overview.htm> (2017.11.27.)
- United Nations General Assembly – Intimate partner violence: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/> (2017.11.27.)
- Vietnamese Veterans Against the War: <http://www.vvaw.org/about/> (2017.11.27.)