

**Egyetemi doktori (Ph. D.) értekezés**

---

**Fiatalokkal szemben elkövetett szexuális bántalmazások**

**Dr. Csorba Roland**

**Témavezető: Prof. Dr. Oláh Éva egyetemi tanár**

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum

Általános Orvostudományi Kar

Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

2006.

## Tartalomjegyzék

1. Bevezetés és célkitűzések	4
2. Beteg és módszer	7
2.1. Vizsgált betegek	7
2.2. Vizsgálati módszerek	7
3. Eredmények	14
4. Megbeszélés	19
5. Megállapításaim	47
6. Összefoglalás, Summary	49
6.1. Összefoglalás	49
6.2. Summary	51
Köszönetnyilvánítás	53
Irodalomjegyzék	54
Az értekezés alapjául szolgáló közlemények	60
Az értekezéshez kapcsolódó fontosabb előadások, poszterek	61

## 1. Bevezetés és célkitűzések

A nők és a gyermekek ellen elkövetett szexuális erőszakos cselekedetek világszerte elrettentő mértékben szaporodnak (44). A fiatalkorúakkal szembeni szexuális erőszak a bántalmazás különösen kegyetlen, váratlan és gyakori módja, amely növekvő aggodalmat kelt nemcsak a nyugati, hanem a keleti társadalmakban is (21). Az elmúlt évtizedben a kérdés a nemi erőszak gyakori előfordulása, súlyos egészségkárosító hatása és az áldozat egész életére kiható következményei miatt az orvosi és a büntetőjogi gyakorlat középpontjába került. Világszerte minden ötödik nő szenved el élete során fizikai és/vagy szexuális bántalmazást (22). A közhiedelemmel ellentétben a szexuális bűncselekmények nagyobb része többszörös, krónikus előfordulású, amelyeket ráadásul családon belüli elkövető okoz (49). Ez a „néma járvány” sokkal több fiatalkorú életét oltja ki, mint a hasonló életkorúak rosszindulatú megbetegedései (58).

Ritkán telik el egy hét anélkül, hogy a sajtó hírt ne közölne egy klasszikus gyermekbetegség gyógyítását szolgáló, új reményteli kezelési eljárás felfedezéséről. A gyermekekkel szembeni szexuális erőszak megelőzéséért, megszüntetéséért tett erőfeszítésekről, még kevésbé a kérdésben elért szakmai sikerekről azonban alig hallhatunk. A nemi erőszak általában csak akkor kerül a figyelem középpontjába, mikor már visszafordíthatatlan, mert személyes tragédia történt (24). Magyarországon 1995 és 2001 között minden harmadik napon meghalt valaki egy hozzátartozója erőszakos magatartása következtében (50).

A fiatalkorúak által elszenvedett szexuális bántalmazásra az Egyesült Államokban és Nyugat-Európában évtizedekkel korábban gyermek- és nőjogi mozgalmak hívták fel a figyelmet. Hazánkban csak az utóbbi években kerültek nyilvánosságra konkrét és megdöbbentő esetek.

A növekvő nyilvánosság eredményeként sokan azt a téves következtetést vonják le, hogy a gyermekekkel szemben elkövetett szexuális bűncselekmények száma nő. Valójában az információ áramlás során megteremtődnek azok a feltételek, melyek az eddig titkolt, fel nem tárt esetek napfényre kerülését szolgálják. Korábban ezek az áldozatok úgy gondolták, hogy a helyzetük egyedi, szégyellni és titkolni való (35).

A gyermekek elleni bántalmazással kapcsolatba kerülő egészségügyi dolgozók feladata nehéz és sokrétű, mivel a bántalmazást felismerni nem könnyű, a gyakran nehezen értékelhető jelek, a netán alaptalan súlyos vád elkerülése, a megoldás nehézségei a bizonyított esetekben, a szakmai elszigeteltség és a szexuális bántalmazás ma is tabuként kezelt megítélése miatt.

Jóllehet a gyermekbántalmazás magába foglalja a fizikai, érzelmi és szexuális bántalmazást, valamint a gyermekek elhanyagolását, munkámban kiemelten a gyermekek és fiatalok ellen elkövetett szexuális bántalmazással, zaklatással foglalkozom.

Annak ellenére, hogy a szakirodalomban már 1975 óta ismert a kórkép (59), Magyarországon még nem történt átfogó, populáció-alapú vizsgálat, az ismert és eddig feldehített esetek a szexuális zaklatás áldozatainak mindössze töredékét ölelik fel. Ez pedig csupán a jéghegy csúcsa, a gyermekek elleni szexuális bántalmazás néma járványként söpör végig a világon, és ez alól hazánk sem kivétel. Itthon még mindig sokan úgy gondolják, hogy alig van jelen a vázolt probléma, inkább csak importáru, a magyar fiatalokat nem fenyegeti, így nem kell vele foglalkozni. Munkám során tett megfigyeléseim azt igazolják, hogy a külföldi tanulmányok tapasztalatai hazánkban is érvényesek. A gyermekekkel foglalkozó szakembereknek nincs elegendő és adekvát ismerete a szexuális visszaélésekről, az áldozatok és elkövetők jellemzőiről, a bűncselekmények felismeréséről, kezeléséről és az áldozatok rehabilitációjáról. Legtöbb kriminológus szerint a nők ellen elkövetett erőszakos cselekmények a legkevésbé dokumentált bűnügyek (25).

A szexuális bántalmazás pontos előfordulásának ismerete és a gyermekek elleni erőszak megfelelő orvosi és jogi megközelítésének megteremtése alapvető egészségügyi és társadalmi, nemzeti követelmény. Munkám célja, hogy a szexuális bűncselekmények elleni küzdelem segítése érdekében információkat gyűjtsünk a hazai fiatalkorúakat érintő szexuális bántalmazásokról, az eredményeket összefoglalva és a tanulságokat levonva a téma tabuként kezelését áttörjük és a legfőbb teendőket felvázoljuk.

Célkitűzéseim a következők voltak:

1. A fiatalkorúakkal szemben elkövetett bántalmazás, kiemelten a nemi erőszak definíciójának, típusainak ismertetése.
2. A szexuális bántalmazás előfordulásának, gyakoriságának bemutatása a világ kiválasztott országai adatainak segítségével, összehasonlítva a hazai helyzettel.
3. A Debreceni Egyetem OEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Gyermeknőgyógyászati Szakrendelésén az elmúlt 16 évben vizsgált betegek dokumentációjának áttekintése, a szexuális bántalmazást elszenvedők kiválasztása, az áldozatok és a bűncselekmény jellemzőinek, a bántalmazás körülményeinek és előidéző okainak tanulmányozása.
4. Az áldozatok orvosi és multidiszciplináris ellátásának: a felismerés és a terápia lehetőségeinek összefoglalása.
5. A szexuális zaklatás egyéni, társadalmi, orvosi és jogi következményeinek tárgyalása a rendelkezésre álló irodalmi adatok tükrében.
6. A szexuális bűncselekmények megelőzésének, az orvosi és jogi módszereknek, a jövő feladatainak felvázolása.

## **2. Betegek és módszer**

### **2.1. Vizsgált betegek**

A Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrumának Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikája Hajdú-Bihar megye (lakosság: 700000 fő) egyetlen intézete, ahol gyermeknőgyógyászati betegek ellátása folyik. Munkám során 1986. január 1. és 2001. december 31. között a klinika gyermeknőgyógyászati szakrendelésén szexuális bántalmazás miatt megjelent 18 éves kor alatti leányok adatait elemeztük. A vizsgálati periódus első 10 évében az adatokat retrospektíve elemeztük, majd 1996-tól a betegek adatait prospektíve gyűjtöttük. A szexuális bántalmazásnak kitett leánybetegek kórtörténeteit kiemeltük, vizsgáltuk a bűncselekményt és annak körülményeit, és az eseteket a bírósági eljárás végéig követtük.

### **2.2. Vizsgálati módszerek**

A Debreceni Egyetem OEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján az áldozatok ellátása részletesen kidolgozott standard alapelvek alapján történt. A *protokoll* magában foglalta a gyermekbántalmazás meghatározását, a vizsgálat célját és menetét. Az alábbi adatokat rögzítettük: az áldozat életkora és foglalkozása, az elkövető életkora és foglalkozása, családi kapcsolat a fiatalkorú áldozat és az elkövető között, a szexuális bántalmazás gyakorisága, a szexuális zaklatás típusa, a bűntény helyszíne, a bűncselekmény elkövetésének ideje nap-szak és évszak szerint, az áldozat és az őt a klinikára kísérő személy közötti családi vagy egyéb kapcsolat. Dokumentáltuk az elkövetés és a vizsgálat között eltelt idő- intervallum hosszát, és a nőgyógyászati vizsgálat eredményeit is. Ugyancsak rögzítésre került a teljes

kórelőzmény, beleértve az orvosi és szociális anamnézist, és azonos irányelvek szerint zajlottak a vizsgálatok. A vizsgálatot legtöbbször a klinika gyermeknőgyógyászati szakrendelésének munkatársai végezték. Az esetek *orvosi ellátását* a sérülésnek megfelelően, standard szempontok szerint végeztük.

A *kórelőzmény* pontos felvétele - az esetleges büntetőjogi következmény miatt - rendkívül fontos. A fiatalkorú saját szavaival előadott történetét szóról szóra rögzítettük, figyelembe véve az áldozat fejlettségi szintjét, életkorának megfelelő szókincsét és értelmi képességét. Figyelmet fordítottunk az áldozat és a kísérő viselkedésére, magatartására (félelem, szorongás, kétségbeesés) (1/a., b., c. ábra).



1/a., b., c. ábra. Az áldozat viselkedése félelmet, megfélemlítettséget, szégyenérzetet, magába-zárkózottságot, izoláltságot fejez ki

A szülő vagy a kísérő által elmondott történetet ugyancsak rögzítettük. Nagy jelentőséget tulajdonítottunk a kikérdezés nyugodt, alapos sietős, minden apró részletre kiterjedő voltának. Az anamnézis felvétel során az orvosnak olyan körülményt kell teremtenie, hogy az áldozat képes legyen minél pontosabban leírni a bántalmazás folyamatát. Gyakorlatunkban a kognitív képességet általános kérdésekkel felmértük, majd próbáltuk meggyőzni arról, hogy segíteni akarunk neki. A vizsgáló orvosnak nyugodtan elmondhatta, ha nem tudott, vagy nem értett valamit, sőt módja volt kijavítani az orvost, ha az nem jól értelmezett valami részletet. Tájékozódunk kell arról, hogy az áldozat meg tudja-e különböztetni az igazságot a hazugságtól, hogy ismeri a testrészeket, a helyragokat, hogy hiteles-e a korának

megfelelő szóhasználattal előadott történet; a rögzített riportnak nagy jelentősége van. Fontos, hogy az interjú nyelvezete egyszerű legyen, nyitott kérdéseket tegyünk fel, és fokozatosan irányítsuk, koncentráljuk kérdéseinket az esetleges szexuális zaklatás irányába. Kerülnünk kell az előítéletet, a kritizálást és a minősítést. A beszélgetés közben megpróbálunk nyugodtak és segítőkészek lenni, a beteg bizalmát megnyerni, hogy ily módon annyi információt kapjunk meg, amennyi csak lehetséges. Az áldozat számára arra is adunk lehetőséget, hogy saját kérdéseit feltehesse. Az elmondottaknak tartalmaznia kell a bűncselekmény idejét, helyét, körülményeit, az elkövető jellemzőit és a zaklatás típusát, az esetleges erőszak jellegét. Hasznos a beszélgetést a következő kérdésekkel kezdeni: „Tudod, hogy miért vagy itt ma az orvosnál? El tudod mondani, hogy mi történt és hogyan kezdődött?”. A bántalmazás jellegéből adódóan legtöbbször kiderül, hogy nemcsak egy alkalommal történt a bántalmazás, hanem az orvosnál való jelentkezést kiváltó legutolsó esemény előtt már rendszerint meghatározott ideje tartott a titkolt viszony.

*A fizikális vizsgálat* tartalmazta az áldozat teljes testének átfogó fizikális vizsgálatát, az egyéb bántalmazás jeleinek kutatását, az esetleges sérülések azonosítását. A gyermek számára megnyugtató, ha a vizsgálatot édesanyja vagy a gondviselő jelenlétében végezzük. Szabály, hogy a vizsgálatot teljesen meztelenül végezzük. Az áldozat teljes testfelületén kerestük a fizikai bántalmazás nyomait, zúzódások, hematómák, duzzanatok, horzsolások, fognyomok és fojtogatás nyomait. Ezeket anatómiai elhelyezkedésük és kiterjedésük alapján írásban pontosan rögzítettük.

*A nemi szervek vizsgálata* közé tartozott a szexuális fejlettség megítélése, a szexuális bántalmazás jeleinek kutatása, különös tekintettel az introitus és a szűzhártya kolposzkópos képére. A gyermeket alaposan megtekintettük hanyatt, béka-láb helyzetben, esetleg édesanyja ölében, hanyatt, térd-mell helyzetben, és idősebb áldozatok esetében kőmetsző helyzetben, lábtartók használatával (2/a.,b.,c. ábra). A hanyatt végzett vizsgáló-

módszerek egyike a nagyajak szétválasztásos módszer (2/b. ábra). A vizsgáló ujjait mindkét nagyajakra helyezi és azokat laterális irányban távolítja. A másik technika a nagyajak széthúzásos módszer (2/c. ábra), mely során a nagyajakat ujjainkkal megfogjuk és azokat finoman laterálisan és lefelé húzzuk.



2/a. ábra Hanyattfekvő helyzet



2/b. ábra Nagyajkak szétválasztása



2/c. ábra Nagyajkak széthúzása

[(Hazánkban a nemzetközileg általánosan használt térd-mell helyzetet ma még nem alkalmazzuk)(3/a.,b.)].



3/a.és b. ábra Térd-mell helyzet

A látott leletek fotódokumentációja nem történt meg.

A hüvely feltárását csak idősebb lányok esetében használtuk, akik megfelelő fejlettségi szinttel rendelkeztek (>Tanner III. std.). A vizsgálatok tapintatosan, félelemkeltés nélkül, legtöbbször az édesanya jelenlétében történtek, mindig támaszkodva a gyermek együttműködésére. A nőgyógyászati vizsgálat során feltérképeztük a gátat, különös tekintettel a vérzésekre, hematómákra, horzsolásokra, szűzhártyasérülésekre. A szűzhártya és a posterior fourchette területét kolposzkóppal vizsgáltuk.

A vizsgálat tartalmazta továbbá az esetleges terhesség vizelet-teszttel vagy ultrahanggal történő vizsgálatát, igazságügyi bizonyítékok gyűjtését (spermium, nyál, szennyező anyagok, ruházat, egyéb bizonyíték). Spermiumkutatót négy helyről végeztünk: hüvelybemenet/hymenális gyűrű, hüvelyboltozat, nyakcsatorna és végbélnyílás. Mindezt az ellátást igénylő sérülések sebészi kezelése és profilaktikus intézkedések követték (sürgősségi fogamzásgátlás, tetanus anatoxin, nemi úton terjedő betegségek antibiotikum-profilaxisa). A klinikánkon alkalmazott protokollt az 1. táblázat foglalja össze. A rendelkezésre álló adatok segítségével elemeztük a gyermekeket érő szexuális bántalmazás, mo-

lesztálás és a nemi erőszak közötti különbségeket, rámutatva a bűncselekmények diagnosztikai nehézségeire.

Az első és ismételt vizsgálatok eredményét minden esetben dokumentáltuk. A leletek archiváltuk és hivatalos kérésre kiadtuk. A bűncselekmények jogi vonatkozásait is figyelemmel kísértük.

Az orvosi vizsgálat csak egy része a szexuális bántalmazás felderítésére irányuló multidiszciplináris együttműködésnek. Fő feladata, hogy felderítse és kezelje az esetleges sérüléseket és fertőzéseket, igazságügyi orvosi bizonyítékokat gyűjtsön, szűrje az esetleges nemi úton terjedő betegségeket, biztosítsa a gyermeket és a családot a gyermek egészségi állapotának gyors javulása felől, a későbbi bírósági eljárás számára pontos dokumentációt biztosítson.

**1. Táblázat** Szexuális bántalmazás ellátásának protokollja a DEOEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán

*Kórelőzmény felvétele:*

- a sértett saját szavaival, (kísérő kiegészítésével kiskorú esetén, ha érdemi anamnézis nem nyerhető)

*Nőgyógyászati vizsgálat:*

- tetőtől talpig végzett fizikális vizsgálat, szexuális fejlettség – másodlagos nemi jellegek leírása, lehetséges sérülések – szexuális zaklatás jeleinek feltérképezése (kolposzkóp – hymenális gyűrű folytonossága)

*Váladékvétel:*

- spermium kutatás – mintavétel legalább 3 helyről: hüvelybement, hüvelyboltozat, végbélnyílás, nyál, egyéb bizonyíték
- hüvelyváladék vétel: STD kimutatására, vaginitis panel

*Ellátás:*

- sebészi: sérülések ellátása
- gyógyszeres – antibiotikum profilaxis : Sumamed S 1x2 caps.
- sürgősségi fogamzásgátlás : Escapelle 1x1
- sz.e. Tetanusz anatoxin

*Leletek dokumentálása:*

- 3 nyomtatott példány

*Leletek kiadása:*

- csak hatósági kérésre (rendőrség, ügyészség)

*Kontrollvizsgálat előjegyzése 2 hét múlva:*

- STD kimutatás, pszichés támogatás, ultrahang

### 3. Eredmények

1986 és 2001 között eltelt 16 év alatt 209 fiatalkorú leány került ellátásra a Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának Gyermeknőgyógyászati Szakrendelésén szexuális bántalmazás vagy erőszak elszenvedése miatt. Az *áldozatok fő jellemzőit* a 2. táblázatban összegeztük. Nyolcvanhat esetben (41%) az áldozat ismerte az elkövetőt, míg 70 gyermeknél (34%) ismeretlen tettes követte el a bűncselekményt. Ötvenhárom (25%) esetben családtag volt a szexuális zaklatás elkövetője. A fiatalok 47%-a 11 és 14 éves kor közötti korcsoportba tartozott, a legfiatalabb áldozat másfél éves volt. Közülük 157 áldozat iskolai tanuló volt, kettő szellemi fogyatékos, kilenc még óvodás, 17-en már dolgoztak és 24 áldozatot eltartottak vagy munkanélküli volt. A nagy százalékban (25%) előforduló családon belüli erőszak esetében az elkövető többnyire az édesapa (44%), vagy a mostohaapa (40%) volt.

A *bűncselekmények gyakoriságát* elemezve, megállapítható, hogy az esetek egyötödében (21%) a szexuális zaklatás ismétlődött. A bűncselekmények jellemzőit a 3. táblázat mutatja. Az egyszeri esetek elkövetésének időpontját tekintve kiderül, hogy a szexuális bűncselekmények legtöbbször délután és este történnek, leginkább a nyár és tél azon időszakában, amikor a gyermekek iskolai szünidejüket töltik.

A *cselekmények helyszíne*: a bűncselekmény az esetek 23%-ában az áldozatok otthonában következett be. Az áldozatok klinikára történő kísérait a 2. táblázatban tüntettük fel. Az áldozatot legtöbbször az édesanyja vagy a rendőrség kísérte be a klinikára. Az áldozat és/vagy az őt kísérő személy által előadott kórelőzmény alapján a szexuális bűncselekmények típusuk szerint a következőképpen oszlottak meg volt: az esetek 80%-ban hüvelyi behatolás történt, 20%-ban szexuális fajtalanzkodás, míg az esetek 32%-ában mindezt fizikai sérülés is kísérte (lásd 3. táblázat).

**2. Táblázat** Az áldozatok jellemzői (n=209)

Jellemzők	Szemponatok	Esetszám	%
Kor (évek)	<10	25	12
	11-14	98	47
	>14	86	41
Foglalkozás	Óvodás	9	4
	Tanuló	157	76
	Dolgozik	17	8
	Eltartott	24	11
	Szellemi fogyatékos	2	1
Elkövetőhöz fűződő rokonság foka	Lánya	23	11
	Mostohatestvére	22	10
	Unokatestvére	4	2
	Unokája	2	1
	Unokahúga	1	0,5
	Egyéb rokona	1	0,5
	Ismerőse	86	41
	Idegen	70	34
Kísérő	Édesanya	82	39
	Szülők	13	6
	Mostohaanya	4	2
	Rendőrség	89	43
	Nagymama	2	1
	Nagynéni	5	2
	Mentőtiszt	11	5
	Tanár	3	2
Vizsgálat ideje	Azonnali	101	48
	72 órán belüli	35	17
	72 órán túli	73	35

**3. Táblázat** A szexuális bántalmazás jellemzői

Jellemzők	Szemponatok	Esteszám	%
Előfordulási gyakoriság	Többszörös	44	21
	Egyszeri	165	79
Típus	Hüvelyi behatolás	169	80
	Fajtalankodás	40	20
	Fizikai bántalmazás	66	32
Bizonyíték	Spermium jelenléte	38	18
	Terhesség	1	0,5
Napi ingadozás	Reggel	16	8
	Délután	87	42
	Este	42	20
	Éjszaka	64	30
Évszaki ingadozás	Tavaszi	14	7
	Nyár	123	59
	Ősz	31	15
	Tél	41	19

Az *elkövetés és a klinikai vizsgálat között eltelt idő* hossza változó volt, 101 áldozat esetében (48%) azonnali, adekvát, sürgősségi ellátást tudunk biztosítani, 35 lány (17%) 72 órán belül jelentkezett, míg 73 (35%) áldozat esetében csak 72 órán túl került sor a szakszerű vizsgálatra.

Az áldozatok *fizikális vizsgálata* során a következő szempontokra összpontosítottunk: a nemi szerveken és a gáton levő sérülések meghatározása és sebészi ellátása, igazságügyi bizonyítékok gyűjtése, spermiumkutatás és mintavétel a “Vizsgáló módszerek” fejezetben leírt szempontok alapján. Ezeken kívül ultrahang vizsgálat történt az esetleges terhesség kizárására. A vizsgált esetek között egy terhességet találtunk. Fizikai sérülést 66 esetben (31%) detektáltunk, ezek közül kettő igényelt sebészeti ellátást. Az utóbbi két eset egyikében az édesapa által megerőszakolt másfél éves kislánynál a vulvát és rectumot is érintő gátredést észleltünk (4/a.,b.,c.,d.).



4/a. ábra. Sérülés hason fekve



4/b. ábra. Sérülés háton fekve



4/c. ábra. A sérülés ellátása



4/d. ábra. A sérülés műtét utáni képe

A laboratóriumi vizsgálatok 38 esetben igazolták spermiumok jelenlétét.

*Büntetőügyi eljárás:* a 16 éves vizsgálati időszak alatt a szexuális bántalmazást 127 esetben követte feljelentés és bírósági eljárás. A jogerősen elítélt elkövetők száma 56 volt, ez az esetek 27%-a. Az elítéltek közül 29 esetben nemi erőszak, négy esetben természet elleni fajtalanzkodás, míg 23 esetben fiatalkorú megrontása szerepelt a vádiratban.

## 4. Megbeszélés

A gyermekek elleni szexuális bántalmazással foglalkozó kutatások nagy utat tettek meg az elmúlt közel 30 évben. Ma már nem tekinthetők egy „másik izolált gyermekgyógyászati kórkép”-nek, ahogy Kempe állította 1978-ban (40). A 80-as években még a hymenális gyűrű átmérőjének meghatározó szerepe volt a bántalmazás bizonyításában, ma már elavult mérésnek számít. Szembetűnő a szexuális bántalmazáson átesett áldozatok vizsgálata során talált pozitív fizikai leletek csökkenése. Míg a 80-as években az esetek 50%-ában volt fizikai lelet, a 90-es években már csak 20%-ban, míg jelenleg ez az arány 10%. Ennek a magyarázata a nagy számú áldozatot felölölő tanulmányok megjelenésének is köszönhető. Az évek során összegyűlt tapasztalat és diagnosztika fejlődése eredményeképpensorán a bántalmazásra gyanús és nem gyanús fizikai leletek rendszereződtek. A média hatására megnőtt az odafigyelés, a szexuális bántalmazás kérdése előtérbe került, az esetek felszínre kerüléséhez ez is nagy lökést adott. Ugyanakkor az elkövetők módszere is változik, óvszert használnak, amivel a bizonyítás során oly fontos spermiumkutatást megakadályozzák.

### 4.1. A fiatalokkal szemben elkövetett bántalmazás, - különös tekintettel a nemi erőszakra - definíciója, típusai és az elkövetés módjai

A *gyermekbántalmazás* azt jelenti, hogy valaki sérülést, fájdalmat, szenvedést okoz a gyermeknek, illetve, a gyermek sérelmére elkövetett bűncselekményt nem akadályozza meg, vagy nem jelenti a hatóságoknak. A gyermekbántalmazás fogalmát az orvostársadalom Kempe 1962-ben megjelent cikke után fogadta el (39). Főbb típusai: fizikai, érzelmi és szexuális bántalmazás és az elhanyagolás.

*A fizikai bántalmazás* magában foglalja a gyermeket ért fizikai kapcsolat által okozott sérülést, csonttörést, ütést, rúgást, rázást („shaking baby”), rángatást, leejtést, égetést, leforrázást, fojtogatást, lehütést, mérgezést.

*Érzelmi bántalmazás* a gyermek érzelmeivel való visszaélés, mely a fiatalkorú hosszútávú érzelmi és pszichés fejlődését súlyosan, károsan befolyásolja. Ide tartozik a gyermekkel szemben nem az életkorának megfelelő elvárások támasztása, a képességeit meghaladó iskolai teljesítmények megkövetelése. Továbbiakban, a gyermekben annak az érzésnek keltése, hogy nem szeretik, hogy felesleges, haszontalan; állandó félelemérzet és szorongás előidézése, kritizálás és érzelmi zsarolás, a gyermek fizikai és/vagy lelki kihasználása. Ide tartozik az az élethelyzet, amikor a gyermek tanúja más családtag, leggyakrabban az édesanyja bántalmazásának. Az érzelmi abúzus a bántalmazás minden egyéb formájához társulhat, de előfordulhat önállóan is.

*Elhanyagolás* alatt értendő minden olyan mulasztás, mely a gyermek egészségét veszélyezteti, a gyermek testi és lelki fejlődését akadályozza. Ide tartozik a gyermek érzelmeinek, fizikai igényeinek figyelembe nem vétele, nevelésének és oktatásának elhanyagolása. Jelenti a szeretet hiányát, a higiénés feltételek megtagadását, az orvosi ellátás késleltetését, a védőoltások elmulasztását és iskolalátogatási és tanulási kötelezettségének figyelembe nem vételét.

*Szexuális bántalmazás (nemi erőszak):* a bántalmazás speciális formája. Szexuális bántalmazás minden olyan cselekedet, ami az elkövető szexuális kielégülése érdekében történik a kiskorú beleegyezése nélkül (27). Nem feltétlenül bántani akar az elkövető, hanem élvezetet szerezni magának. A bántalmazott oldaláról megközelítve a kérdést: a fejlőd-

désben még éretlen gyermek, vagy fiatalkorú bevonása szexuális jellegű tevékenységbe anélkül, hogy azt a gyermek tökéletesen megértené, és abba beleegyezését adná (1). A további definíciók a törvényellenes kapcsolat kényszerítő, manipulált és kizsákmányoló jellegét hangsúlyozzák, kiemelik az elkövető és az áldozat közötti korkülönbség fontosságát is (legtöbbször 4-5 év) (2).

Természetesen a *jogi kategóriák* által meghatározott fogalmak tartalmilag nem azonosak az *orvosi* gyakorlatban megjelenő *kategóriákkal*. Az előbbi alátámasztására érdemes utalni a hatályos büntető törvénykönyv által használt fogalmakra.

*Erőszakos közöszülés* definíciója: „Aki mást erőszakkal, avagy az élet vagy testi épség ellen irányuló közvetlen fenyegetéssel közöszülésre kényszerít, vagy más védekezésre, illetőleg akaratnyilvánításra képtelen állapotát közöszülésre használja fel, büntettet követ el, és két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. A büntetés öt évtől tíz évig terjedő szabadságvesztés, ha a sértett a tizenkettedik életévét nem töltötte be, a sértett az elkövető nevelése, felügyelete, gondozása vagy gyógykezelése alatt áll, illetve a sértettel azonos alkalommal, egymás cselekményéről tudva, többen közöszülnek” (62).

*Szemérem elleni erőszak* meghatározása: „Aki mást erőszakkal, avagy az élet vagy testi épség ellen irányuló közvetlen fenyegetéssel fajtalanagra, vagy ennek eltűrésére kényszerít, vagy másnak a védekezésre, illetőleg akaratnyilvánításra képtelen állapotát fajtalanagra használja fel, büntettet követ el, és két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. A büntetés öt évtől tíz évig terjedő szabadságvesztés, ha a sértett a tizenkettedik életévét nem töltötte be, vagy a sértett az elkövető nevelése, felügyelete, gondozása vagy gyógykezelése alatt áll, illetve a sértettel azonos alkalommal, egymás cselekményéről tudva, többen fajtalanokodnak” (63). E tényállás központi kérdése a *fajtalanagra* fogalma, amely a közöszülés kivételével minden súlyosan szemérem sértő cselekményt magába foglal, ami a nemi vágy felkeltésére, vagy kielégítésére szolgál (66). Megjegyzendő,

hogy hazánkban az Alkotmánybíróság megváltoztatta a szemérem elleni erőszak értelmezését, miszerint 2002 szeptember 4-től kezdődően e bűncselekmény elkövetője és sértettje azonos nemű személy is lehet (6). A 12 életévet meg nem haladó sértettek esetében a törvényi védelem miatt *erőszakos, nemi erkölcs elleni* bűncselekményekről beszélünk, a 12. életévet betöltöttek vonatkozásában pedig a *nem erőszakos nemi kapcsolat* is büntetendő (65).

*Megrontás* alatt értjük, ha valaki a tizennegyedik életévét be nem töltött személlyel közösül; megrontást követ el az a tizennyolcadik életévét betöltött személy, aki tizennegyedik életévét meg nem haladott személlyel fajtalankodik, büntettet követ el, és egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Az a tizennyolcadik életévét betöltött személy, aki tizennegyedik életévét be nem töltött személyt arra törekszik rábírní, hogy vele közösüljön vagy fajtalankodjék, büntettet követ el és három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. A büntetés két évtől nyolc évig, illetőleg egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztés, ha a bűncselekmény sértettje az elkövető hozzátartozója, avagy az elkövető nevelése, felügyelete, gondozása vagy gyógykezelése alatt áll (64).

Az *erőszak* fogalma alatt a bírói gyakorlat a nemi erkölcs elleni bűncselekmények esetében komoly ellenállás leküzdésére alkalmas fizikai kényszert ért.

A *fenyegetés* pedig súlyos hátrány kilátásba helyezése, amely alkalmas arra, hogy a megfenyegetettben komoly félelmet váltson ki (60).

A büntetőjogi szabályozás nagy hangsúlyt fektet a sértettek kíméletére, a tárgyalt tényállások alapesetei esetében csak akkor indul büntetőeljárás, ha azt a sértett kéri. Kiskorúak esetében a szülőre, gondviselőre hárul a felelősség az eljárás kezdeményezését illetően, nem elhanyagolható azonban a gyámhatóság képviselőjének szerepe sem (67). A hatályos anyagi, jogi valamint eljárási jogintézmények e körben nem írnak elő feljelentési kötelezettséget. Egyébként a hatályos büntetőtörvénykönyv meglehetősen szűk körben ír elő

feljelentési kötelezettséget, ennek elmulasztását azonban bűncselekményként szankcionálja.

A szexuális visszaélések az *elkövető célja és a társadalmat érintő következmények* szempontjából jelenthetnek kereskedelmi és nem kereskedelmi célú kizsákmányolást. Az előző üzleti célú gyermekbántalmazást jelent prostitúcióval, gyermekpornográfiával, internet bűnözéssel és gyermekkereskedelemmel. A nem kereskedelmi célú gyermekbántalmazásba tartozik a családon belüli erőszak, gyermekintézményeken belüli szexuális kizsákmányolás. A két csoportban eltérő eszközök és eltérő motiváció állnak a cselekmény hátterében, de a következményeik: a gyermekek „megrontása”, megfélemlítése, maradandó károsodások okozása hasonlóak.

Az *elkövetés típusa* szerint a szexuális bántalmazás sokféle szexuális aktivitást jelenthet, az érintkezés nélküli formától egészen a behatolást is magába foglaló cselekedetig. Az érintkezés nélküli formákhoz tartozik az exhibicionizmus, voyeurizmus, szemérmetlen beszéd, gyermekek bevonása vagy kényszerítése a pornográfia bármely területébe (fényképezés, videofelvételek készítése és forgalmazása). Jogi megközelítésben *pornográf képfelvétel* valamint *műsor* alatt a nemiséget súlyosan szeméremszéttő nyíltsággal ábrázoló, célzatosan a nemi vágy felkeltésére irányuló ábrázolást értjük. Aki kiskorú személyről pornográf videó-, film- vagy fényképfelvételt, vagy ilyen képfelvételeket, illetőleg más módon előállított pornográf képfelvételt vagy képfelvételeket készít, megszerez, tart, büntetett követ el, és három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő (61). Az érintkezés lehetősége a nemi szervek simogatásán túl az orális, hüvelyi, rektális behatolás, valamint tárgyak és eszközök ilyen célú alkalmazása. Szexuális erőszak válfajai az erőszakos nemi közösülés, a megrontás, a szemérem elleni erőszak, a fajtalanzkodás, amelyekhez fizikai erőszak is társulhat. Nemi erőszakot leggyakrabban (90%) lányokkal szemben követnek el, de egyre több a fiú áldozat is (10-20%) (8, 57).

Különbséget kell tenni a *nemi erőszak* és a gyermekekkel szemben elkövetett *szexuális bántalmazás* között. A *nemi erőszak* elkövetői legtöbbször ismeretlenek, egyszerű cselekményről van szó. Rendszerint fizikai erőszakkal egészül ki, ezért sérüléssel jár, a sértett azonnal orvoshoz kerül a család által kért segítségnyújtás érdekében. Ezeket az eseteket rendőrségi feljelentés, majd bírósági eljárás követi. Pontosán dokumentált és statisztikailag követhető bűncselekményről van szó. A gyermekek ellen elkövetett, következményeit tekintve legsúlyosabb károsodást okozó erőszak a szexuális támadás. Olyan esetet nem ismer a zoológia, hogy ivarérett egyedek a saját fajukhoz tartozó ivaréretlen egyedekkel szemben alkalmaznának szexuális erőszakot. Ez az ember „találmánya”(43).

A *szexuális bántalmazás* elkövetői a gyermek által ismert, elfogadott és szeretett egyének, legtöbbször családtagok, édesapák vagy mostohaapák. Rendszerint többszöri cselekményről van szó, mely ritkán jár sérüléssel. Az ilyen típusú visszaélések gyakran öltik magukra a gyermek együttműködésének látszatát. A gyermek nem szexuális tevékenységben szeretne részt venni, amit a fejlettségi szintje miatt nem is érhet meg teljesen, hanem a bizalmával visszaélő felnőtt testi és érzelmi szeretetére vágyik. Ennek a fiatal ártatlanságának, a felnőttel szemben tanúsított bizalomnak a megsértése és sárba tiprása a gyermekkel szembeni szexuális visszaélés (35). A felnőtt hatalmi, tudásbeli és helyzeti előnyét kihasználva visszaél a gyermek bizalmával és a gyermek szeretetigényét egyoldalú szexuális vágyainak kielésére használja fel. Következésként a gyermekben olyan zavart állapotot eredményez, amely miatt az aláveti magát a fizikai és lelki erőszaknak és megaláztatásnak. Az elkövetés, természetéből fakadóan nehezen bizonyítható és legtöbbször a család által is elhallgatott (18). Az ilyen jellegű esetek későn, vagy egyáltalán nem kerülnek orvoshoz, így jogi következményük sincs. Ez annál is inkább így van, mivel Magyarországon az orvosnak - más országok törvényeivel ellentétben (pl. Egyesült Államok) - nincs bejelentési kötelezettsége. Ezért, az esetek pontos száma nehezen becsülhető és az ismertté vált ese-

mények aránya messze elmarad a valós gyakoriságtól. A szexuális bántalmazások a legnehezebben dokumentálható, „látens” bűncselekmények.

4.2. *A szexuális bántalmazás előfordulásának, gyakoriságának és az előidéző okok bemutatása a világ kiválasztott országainak adatai segítségével és azok összehasonlítása a magyarországi helyzettel*

Ahhoz, hogy a hazai helyzetet helyesen ítéljük meg, át kell tekintenünk a nemzetközi statisztikákat, az adatok megdöbbentő helyzetet tükröznek. A témában legtöbbet publikáló Amerikai Egyesült Államokban 1998-ban a DHSS (Department of Health and Human Services) adatai szerint 903.000 gyermekáldozatot regisztráltak a gyermekvédelmi szolgálatok. Ezen belül szexuális bántalmazásnak 103.845 gyermek esett áldozatul, ami 1,5‰ -nek felel meg. Legveszélyeztetettebb a 12-15 éves korosztály, elsősorban a lányok: míg a bántalmazott lányok aránya 2,3‰, addig a fiúknál ez az érték csupán 0,6‰. Egy négy évvel ezelőtt végzett tanulmány szerint Ausztráliában a nők 37-41%-a számolt be arról, hogy életében szexuális bántalmazást szenvedett. Az áldozatok 25%-a ma is depresszió elleni kezelésben részesül (22). Egy 1997-ben megjelent tanulmány Kanadában 13%-os előfordulási arányt mutat (47). 2004-es adatok szerint Németországban a nők 20,1%-a szenvedett erőszakos szexuális bűncselekmény miatt (55). Svájcban, a közelmúltban végzett tanulmány a fiatalkorúak között 19%-os gyakoriságot talált (68). Nagy-Britanniában 1996-ban megjelent közlemény 20%-os előfordulást írt le (38). Skandináviában kissé alacsonyabb: Norvégiában 17% (54), Svédországban 13% (23), míg Spanyolországban ismét magasabb, 22%-os prevalenciáról számolnak be (46).

Magyarországon nincs összefoglaló adatunk a fiatalkorúak sérelmére elkövetett szexuális bűncselekmények gyakoriságáról, jóllehet számos közleményben olvashatunk

egyedi esetismertetések. A magyar orvosi irodalomban az első közlemény Antoni nevéhez fűződik (7), melyet számos további követett (13, 14, 53). Velkey volt az első, aki a 762.000 lakosú Borsod megye 22,5%-át kitevő 170.000 gyermek között retrospektív felmérést végzett. A gyermekbántalmazás gyakoriságát 5,7%-nak találta (69). Barkó Éva hasonló felméréssel próbálkozott 1994-ben. Négyezer kérdőívet küldött ki gyermek-, és házi-orvosoknak, megyei gyermekosztályoknak, csecsemőotthonoknak, bölcsődéknek, tanároknak, védőnőknek azzal a céllal, hogy tájékozódjon a gyermekellátók gyakorlatában előforduló esetekről. Mindössze 250 választ kapott, ebből 39 nemleges volt. Ez a 6,25%-os válaszadási arány mutatja a szakma érdektelenségét a kérdés iránt. Mit várunk a laikusoktól, ha a szakma ennyire érdektelen?

1999-ben 20 területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat végzett kérdőíves felmérést. Tizenhét intézmény válaszolt, mindenhol beszámoltak olyan gyermekekről, akik a szexuális bántalmazás valamilyen formájának áldozatai voltak. Százharmincnyolc áldozatról érkezett jelentés, 82%-uk lány volt, 35%-uk 13-14 éves - ez a legveszélyeztetettebb korosztály. Családon belüli erőszak volt az esetek 66%-a, az elkövető 43%-ban az édesapa, 35%-ban a mostohaapa. A bántalmazás 35%-ban a nemi szervek simogatása, 22%-ban közösülés, 15%-ban orális érintkezés volt (42). Mindezek csak részadatoknak tekinthetők.

Miért nincs átfogó, bizonyíték értékű hazai adatunk?

Ennek több oka van: Magyarországon ezek a bűncselekmények még napjainkban is titkoltak, nehezen elfogadottak, *tabu témának* számítanak. Az információ hiánya és a témában szakképzett egészségügyi személyzet kis száma miatt a család nem tud kihez fordulni segítségért. A témával foglalkozó szakemberek – tanárok, orvosok, védőnők, szociális munkások, bűnüldözési szervek – nem kapnak elegendő információt a szexuális bántalmazásokról. Családon belüli elkövető esetében sokszor célszerűbb arról meggyőzni a bi-

róságot, hogy az áldozat csak „kitalálta” a történeteket, hiszen a családfő büntetése magát a sértettet is nehéz anyagi helyzetbe sodorhatja.

A kellő számú és minőségű bizonyíték hiányának további oka a *szexuális bántalmazások diagnosztikus nehézsége*. Az áldozatok félnek a hozzájuk többségében közel álló elkövetőtől, nem mernek és nem tudnak segítséget kérni. Mivel a bűncselekmények többségében nincs fizikai bántalmazás, visszatérő és hosszan tartó, titokban tartott bűnös viszonyról van szó. Ez magyarázza, hogy a szexuális bántalmazáson átesett gyermekek esetében a normál vizsgálati leletek aránya 23-91% között változik (3, 4, 9, 10, 36).

A magyarországi bizonyított esetek különösen alacsony arányának (5-6% vs. 20 vagy >20 %) magyarázata a bűncselekmények természetében rejlik.

- Gondoljunk csak az *érintkezés nélküli szexuális bántalmazási formákra!* A szexuális bántalmazás legtöbbször nem jár együtt olyan mértékű fizikai kontaktussal, ami bizonyítékul szolgáló sérülést okozna.
- Ugyanakkor a fiatalok *félelme, megfélemlített volta* és csekély anatómiai ismerete gátat szab a precíz tanúvallomásnak.
- *Az orvosi és a jogi szóhasználat különbsége* is nehezíti a pontos dokumentációt és a gyors vizsgálati eljárást. A bírói gyakorlat a nemi szervek behatolás nélküli, közönségre irányuló érintkezését is befejezett bűncselekményként ítéli meg (12).
- Többszöri, folytatólagosan elkövetett bűncselekmény *későn vizsgálatra kerülő* áldozata esetén ismert, hogy a részleges szűzhártyasérülés 9, míg a teljes szakadás 24-30 nap alatt teljesen meggyógyulhat (48). Egy 2000-ben közölt tanulmány adatai szerint 192 szexuálisan bántalmazott 3-8 éves korú kislány esetén csak 2%-ban találtak diagnosztikai bizonyítékot jelentő szűzhártya berepedést illetve átszakadást (10).

- Mindezekhez az *egészségügyi rendszer felkészületlensége*, a szervezett eljárás formája, a szabad információáramlás valamint az orvos bejelentési kötelezettség hiánya adódik hozzá.

A fentiekből következik, hogy hazánkban a szexuális visszaélések jelentős része rejtve marad.

4.3. A Debreceni Egyetem OEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Gyermek-nőgyógyászati Szakrendelésén az 1986-2001 közötti időszakban megjelent szexuális bántalmazást elszenvedők és a bűncselekmények jellemzői, a bántalmazás körülményei, típusai és okai

A szexuális bántalmazások között különbséget kell tenni a *szexuális zaklatás, bántalmazás, molesztálás és a nemi erőszak* között. Az esetek nagy részében (68%) erőszaknak nyoma sem volt, mivel a gyermekeket molesztáló elkövetők a gyermekek számára ismert, szeretett és bizalmat keltő személyek voltak. Ötvenhárom esetben (25%) a szexuális bántalmazást családtag követte el, a bűncselekmény otthon történt. Ezekben az esetekben az első vizsgálat szinte mindig késett, - a gyermek nem árulja el a szeretett egyént-, így az esetek túlnyomó többségében igazságügyi bizonyítékot sem lehetett találni. Ezekben az esetekben típusosnak találtuk a bűncselekmény többszörös előfordulását (21%). A bántalmazástól eltelt idő hossza miatt a korábbi trauma jeleit már nem lehetett észlelni. Bizonyított tény, hogy az egyszerű, nem teljes szűzhártya szakadás kilenc, a teljes szakadás 24-30 nap alatt spontán meggyógyul (48).

A hosszabb időintervallumon túl a szexuális zaklatást követő fizikális leletek hiányának vagy alacsony számának további oka a szexuális molesztálás természete. A bűncselekmény legtöbbször nem társul olyan erős fizikai kontaktussal, hogy az észrevehető sérüléseket okozzon (érintkezés nélküli formák, orális abúzus, pornográf fotók ). Egy nemrégii tanulmány szerint, 192 hüvelyi behatolással járó szexuális erőszakon átesett lány közül, mindössze négy (2%) mutatott egyértelmű tünetet, mint szűzhártya szakadás, perforáció (28). Külön figyelemmel kísértük azt az 52 esetet, amikor az elkövető családtag volt. A legtöbb áldozat 11 és 14 éves korú volt, míg a legfiatalabb alig érte el másfél éves kort. Mivel ezek a számok bizonyára csak a jéghegy csúcsát képviselik, az aktuális szám minden

bizonytal az 52 többszöröse. Ilyenkor a legtöbb esetben a fiatalokú lány állandó fenyegettségről számol be; megveri, megbünteti az elkövető, ha bárkinek is mesélni mer a cselekményről. „14 éves kislányt veréssel megfenyegettek, majd egy hét alatt kb. hússzor közöskültek vele, szájon át is”. „Én Sanyi bácsit úgy ismertem, hogy hozzánk nagyon jó, mintha édesapánk lett volna, úgy szeretett. Többször megpuszilgatott, hozott nekünk süteményt, cukrokat. Délelőtt Sanyi bácsi elég ittas volt, odahívott magához, puszilgatott, simogatott, mondta: vetkezzél le, mert meg..... Félelmemben kiszaladtam, de Sanyi bácsi utánam jött, kezében egy szíjostorral.” Sok esetben a gyermek ajándékot kap, az elkövető érzelmileg is zsarolja. A fiatal nem tudja, hogy a szexuális abúzus káros és bűnös tevékenység, sok mindent megtesz a felnőtt kérésére, annak ellenére, hogy az ellenkezik az ő akaratával. Ezért nem mernek feljelentést tenni, sajnos az édesanyák rendszerint túl későn szereznek tudomást a helyzetről. Ugyanakkor őik maguk is félnek a hátrányos anyagi helyzettől, mindazon gyötrelmekről, amik várnak a családra, amennyiben a családfőt, mint fő pénzkeresőt esetleg a börtönbe jutattják. Ez veti meg az alapját a többszörös, titokban maradt, folytatólagosan elkövetett szexuális bántalmazásnak. Ezek a tragikus események hívják fel a figyelmet a fiatalokú nőkre leselkedő veszélyre. A szexuális zaklatások többször nyáron és télen következnek be, amikor a gyermek iskolai szünetét élvezi (az esetek 59%-a nyáron, 19%-a télen). Az elkövetés időpontja összhangban van ezzel: a legtöbb bűncselekmény az iskola után következik be délután vagy este, amikor még a szülők dolgoznak, vagy amikor az iskolai szünet alatt a gyermekfelügyelet nem megoldott.

Vannak olyan *rizikófaktorok*, melyek hajlamosabbá teszik a gyermekeket a szexuális zaklatásra. Így könnyebben áldozattá válik a fiatal, ha elvált szülők gyermeke, ha mostohaszülő van a családban, ha tinédzserkorúak a gyermek szülei, ha maga a gyermek fogatékos vagy pszichológiailag sérülékenyebb az átlagnál. Ha magára hagyott, izolálódott, ha édesanyja elfoglalt, ha csekélyek a párkapcsolatról alkotott ismeretei esetleg drogot

vagy alkoholt fogyaszt. A családon belüli bántalmazással ellentétben, az idegen elkövető által okozott szexuális bántalmazás áldozatai (34%) rendszerint azonnal jelentkeznek az orvosnál és nagy százalékban található igazságügyi bizonyítékok. Betegeink között 70 esetben (34%) volt idegen elkövető, közülük 38 esetben (18%) volt kimutatható spermium a hüvelyi keneteken. Ezeket az áldozatokat –mint általában- valamelyik családtag kísérte, így az azonnali vizsgálat elvégezhető volt. Az igazságügyi bizonyítékok gyűjtése a szexuális bántalmazást követően 72 órán belül nagyobb valószínűséggel eredményre vezet, de a DNS technika bevezetése óta ez az idő napokkal, hetekkel is kitolódhat.

Az elmúlt 16 év alatt az észlelt 209 esetből 127 alkalommal (60%) került sor rendőrségi feljelentésre. A büntetőeljárás éveken keresztül zajlott, a jogerősen elítéltek száma 56 volt (27%). A feljelentések és a büntetőügyek alacsony száma és a magyar igazságszolgáltatásban általános hosszú döntési idő akadályozza az események ismétlődésének, vagy a bántalmazásoknak hatékony megelőzését.

#### 4.4. Az áldozatok ellátásának orvosi és multidiszciplináris elemei: a felismerés és a terápia tanulságai

A szexuális bántalmazásra utaló eseményekre az anamnézisben rá kell kérdezni, akár burkolt, akár közvetlen formában. Tapasztalatainkkal összhangban, a közelmúltban publikált külföldi tanulmányok szerzői egyetértenek abban, hogy az áldozatok várják az esetleges szexuális zaklatást feltáró kérdéseket, de ezek az esetek nagy részében elmaradnak (4, 5).

A felismerésben fontos szerep jut a szülőknek, az iskolai nevelőknek és az orvosoknak. Nekik kell felfigyelniük a gyermekkel való rossz bánásmódra, a szexuális bántalmazás gyanúját keltő apró jelekre. A felismerést nehezíti, hogy a testi jelek hiányozhatnak,

vagy sokszor nem egyértelműek; az áldozattól nem várható a gyanú megerősítése, így a szakembernek a szexuális és egyéb bántalmazási formákra minden gyanús esetben gondolnia kell. Ugyanakkor nem szabad senkit alaptalanul megvádolni. A bántalmazás gyanújelei a gyermek életkorával párhuzamosan eltérő formákban jelenhetnek meg, pubertás korban még nehezebb a normális és deviáns viselkedés elkülönítése. A gyanújelek lehetnek általánosak és specifikusak, jelentkezhettek a szomatikus, érzelmi és viselkedésbeli szinteken, illetve azok kombinációjában. Azonnal szakemberhez kell fordulni, ha a gyermeknél a következő általános viselkedésbeli jeleket vesszük észre: alvászavarok, koncentrációs nehézség, depresszió, iskolai teljesítmény romlása, passzivitás, zárkózottság, bizalmatlanság, félelem, koraérett magatartás, otthonról való menekülés (4. táblázat). Ismernünk kell a gyanús szülői magatartások jellemzőit is. Tapasztalataink: orvosi, védőnői tanácsok be nem tartása, a szülő által előadott történet nem volt összeegyeztethető a sérüléssel, a gyermek és a szülő által elmondott kórtörténet nem egyezett, kórházba került gyermek látogatásának elmulasztása.

#### 4. Táblázat      A gyermeknél észlelhető általános gyanújelek

##### ***Viselkedésbeli változások***

- kifejezéstelen arc, üres tekintet, szemkontaktus hiánya, elutasítás, mindenén kívül maradás
- félelem, riadtság, túlérzékenység, szorongás, visszahúzódás
- bizalmatlanság, agresszivitás, kihívó viselkedés
- feltűnő alázatosság, kézségesség

##### ***Családi kapcsolat, életmód***

- alvás-, evészavar
- szülőtől való félelem, menekülés otthonról

##### ***Egészségi állapot, pszichoszociális problémák***

- rendszeresen beteg, orvosi magyarázat nélkül
- regresszív viselkedés, ágybavizelés
- koraérett magatartás
- korhoz nem illő szexualizált viselkedés
- alkohol-, droghasználat
- depresszió, szégyenérzet, öngyilkossági kísérlet

##### ***Kortárskapcsolat, iskola***

- kortársakkal, osztálytársakkal, barátokkal gyenge kapcsolat, barátkozási nehézség
- passzivitás az iskolai és egyéb programokban
- koncentrációs és tanulási nehézség, iskolai teljesítmény hirtelen romlása
- korai érkezés az iskolába, késői távozás

A bántalmazásra *fizikai jelek* is utalhatnak, melyeket az 5. táblázat tartalmazza. Különösen a következők esetén kell gyanakodnunk esetleges szexuális bántalmazásra: szülő a sérülés után csak később fordul orvoshoz, valamint a szülő mindig más-más orvoshoz, különböző kórházakba viszi a gyermeket (4, 8, 9).

*Szexuális bántalmazás nem specifikus gyanújelei* közé tartoznak az előbbieken vázolt általános viselkedési jelek, a szexuális zaklatás következményei, pl. alhasi fájdalom, visszatérő fájdalmas vizelet és húgyúti fertőzések, a nemi szervek fájdalma és viszketése.

*A specifikus jelek* egyértelműek: nemi szervek és a végbélnyílás sérülése, gyulladása, terhesség és nemi úton átvihető betegségek.

A bántalmazás felismerésének segítésére, a bántalmazást kizáró, valószínűsítő vagy bizonyító anamnesztikus adatokat és fizikális tüneteket a 6. táblázatban foglaltuk össze (3).

## 5. Táblázat      Fizikai bántalmazásra utaló gyanújelek

### ***Kórelőzményben***

- sérülés eredetének története ellentmondásos
- sérülés keletkezése nem egyeztethető össze a kórtörténettel
- előzményben korábbi sérülések

### ***Bántalmazás nyomai***

- nem azonos időből származó, nem típusos helyen található zúzódások, hurkák, horzsolások, bevérzések
- fojtogatás, harapás nyoma

### ***Nem baleseti eredetű sérülésekre jellemző:***

- bőrelváltozások szokatlan helyen: háton, fej és nyak hátsó részén
- többszörös, nem egy időben keletkezett zúzódás, vérömleny
- égés, forrázás
- koponya, borda, csöves csontok szokatlan lokalizációjú, biztosan nem baleseti eredetű törése (pl.: csecsemő, kisgyermek felkartörése)
- régi törések radiológiai jelei

## 6. Táblázat Protokoll a szexuális bántalmazás valószínűségének eldöntésére

### *Nincs bizonyíték*

- Normál vizsgálati lelet, nincs szexuális zaklatásra utaló kórelőzmény, nincs szemtanú, nincsenek viselkedésbeli eltérések
- Más eredettel magyarázható nem-specifikus vizsgálati lelet, nincs szexuális bántalmazással kapcsolatos vallomás, nincsenek viselkedésbeli eltérések
- A gyermek veszélyeztetettnek tekinthető, de nincs pozitív anamnézis, és csak nem-specifikus viselkedésbeli eltérések
- A sérülés fizikális lelete összhangban van a balesetre vonatkozó anamnézissel, ami egyértelmű és hihető

### *Lehetséges bántalmazás*

- Normál vagy nem-specifikus vizsgálati lelet, jelentős viselkedésbeli eltérésekkel, főleg szexualizált magatartás, de a gyermek bántalmazásra vonatkozó anamnézist adni nem tud
- Condyloma accuminatum vagy HSV 1 okozta anogenitális léziók egy praepubertás korban levő gyermekben, szexuális bántalmazásra vonatkozó anamnézis nélkül, egyébként normális vizsgálati lelettel
- A gyermek tesz vallomást, de az a gyermek szintjéhez képest nem elég részletes, vagy nem következetes
- Gyanús vizsgálati lelet, de anélkül, hogy szexuális abúzust vagy viselkedésbeli eltérést igazolhatnánk

### *Valószínű bántalmazás*

- A gyermek világos, részletes vallomást tesz, fizikális jelek meglétével vagy anélkül
- Erősen gyanús vizsgálati leletek, eltérések, szexuális bántalmazásra vonatkozó anamnézissel vagy anélkül, áthatoló sérülésre vonatkozó anamnézis nélkül
- Két éves kor feletti áldozat esetében a genitális váladék tenyésztése: Chlamydia trachomatis pozitív
- A genitális tájékról vett váladék: HSV 2 pozitív
- Diagnosztizált Trichomonas infekció

### *Bizonyított bántalmazás, vagy szexuális érintkezés*

- Vizsgálati leletben egyértelmű a behatolás, erőszak nyoma, baleseti anamnézis nélkül
- Spermium vagy prosztata váladék a gyermek testén, vagy a testnyílásban
- Terhesség
- Neisseria gonorrhoea pozitív tenyésztés a genitális, anális vagy garatváladékból
- Posztnatálisan szerzett syphilis
- Tanúk előtt zajló, vagy fényképpel, videófelvétellel dokumentált bántalmazás
- Az elkövető vallomást tesz a szexuális bántalmazásra vonatkozóan
- HIV fertőzés, egyéb fertőzési módok kizárása után

#### 4.5. A szexuális zaklatás egyéni, társadalmi, orvosi és jogi következményei

A fiatalokkal szemben elkövetett szexuális bűncselekmények jelentőségét a következmények rendkívül széles spektruma adja:

- A gyermek testi épségét károsító következmények közé tartoznak a fizikai erőszakból adódó *testi sérülések*, melyek akár a gyermek halálához is vezethetnek.
- A szexuális kapcsolat következménye lehet a fiatalkorú áldozat *nem kívánt terhessége*, amelyet törvénytelen vetélés is követhet.
- További veszélyt jelent a *nemi úton átvihető betegségek* gazdag tárháza, amelyek késői következményként meddőséget vagy szerzett immunhiányos állapotot eredményezhetnek (30).
- A gyermekekkel szemben szexuális erőszak gyakran *pszichoszomatikus betegség* képében jelenik meg, mint például *premenstruális szindróma* vagy *krónikus kismedencei gyulladás és fájdalom*. Ezek inkább az idősebb áldozatokra jellemzőek (29, 45). Az *irritábilis bél szindróma, gyomor és emésztőrendszeri zavarok* főleg a fiatalabb korú áldozatok esetében alakulnak ki.
- A szexuális bántalmazások lelki következményei felölelik majdnem az összes *érzelmi, pszichoszomatikus, önpusztító és antiszociális viselkedési zavart* (26, 41). Ezek fő megnyilvánulási formái a *depresszió* (16, 17), a *szorongás, a poszttraumás stressz* (15), az *öngyilkossági szándék* (20), az *alvási és evési zavarok* (56, 71), a *krónikus kimerültség* valamint az *alkohol és drogfüggőség*. A tartós stressz következtében csökkent immunitás miatt az áldozatok körében gyakrabban fordul elő idült betegség, koraszülés, veszélyeztetett terhesség.

Összefoglalva, a szexuális bűncselekmények egészségügyi és társadalmi hatása összetett, szerteágazó és kiszámíthatatlan. Az áldozatok egészsége veszélybe kerül, a ráfordított egészségügyi költségeket becsülni sem lehet. Bizonyított, hogy gyermekkorban

szexuális bűncselekményt elszenvedett nők egészségének helyreállítása a későbbi életkorban költségesebb, mint azoké, akik ilyen traumának nem voltak kitéve. Hasonló előzménnyel rendelkező nők kétszer annyi alkalommal keresik fel orvosukat - függetlenül az egészségügyi probléma természetétől -, mint akik kórtörténetében nem szerepel szexuális bántalmazás (70). Magyarországon a kérdés költségvonzatáról még korai beszélni, hiszen ezeknek a bűncselekményeknek a törvényi szabályozása sem megoldott maradéktalanul.

A szexuális bűncselekmények hatását, következményeit számos tényező befolyásolja. Ki kell emelni az elkövetőhöz fűződő viszonyt, az esetleges rokonság fokát, a bűncselekmény tartamát és gyakoriságát, az áldozat életkorát és az előzményben szereplő esetleges pszichoszociális zavar szerepét. Nagyon fontos az egészségügyi dolgozók megfelelő ébersége, szakmai hozzáértése, hozzáállása és az orvosi beavatkozás pozitív vagy negatív hatása. Tudni kell, hogy egy nem kielégítően felépített és elvégzett vizsgálattal többet ártunk az áldozatnak, mint maga az erőszak. Ezt jelenti a *másodlagos viktimizáció* fogalma, amikor a gyermek védelmére létrehozott rendszer rosszul működik, ezáltal hozzájárul a bántalmazás késedelmes elhárításához, vagy be nem avatkozásával a folyamatos viktimizációhoz. Ide tartozik a nyomozási, jogi eljárás és orvosi ellátás során a szükségtelen számú és nem megfelelő képzettségű szakember által végzett kikérdezés, az indokolatlanul elhúzódó kihallgatás és vizsgálat.

#### 4.6. A szexuális bűncselekmények megelőzésének, az orvosi és jogi módszereknek, a jövő feladatainak felvázolása.

Mivel egy szexuális bántalmazás életre szóló testi és/vagy lelki következményekkel járhat, nem elég az áldozatokat szakszerűen ellátni. A hatékony beavatkozást az esetek

számának csökkenése, a megelőzés jelenti. Ennek több – már ma is elérhető – lehetősége van.

- A tájékoztatást, a segítségnyújtást és a név nélküli közlési, bejelentési lehetőséget elérhetővé kell tenni az áldozatok és a potenciális áldozatok számára. Poszterek, nyomtatott kiadványok vagy az interneten elérhető tájékoztatók is segíthetik a felvilágosítást. Járható út lehet egy ingyenes zöld szám bevezetése, melyet tárcsázva a gyermekek és a hallgatni kényszerülő szülők titokban jelentkezhetnek.
- Drogambulanciákon, ifjúsági pszichológiai rendeléseken a szakemberek fordítsanak különös figyelmet a szexuális bántalmazás lehetőségére.
- Egészségnevelő programokat kell szervezni mind a gyermekek, mind a szülők és a pedagógusok számára. A szülőket és a pedagógusokat meg kell ismertetni a szexuális bántalmazás alapvető jellemzőivel. Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a fizikai tünetek hiánya nem zárja ki a bűncselekmény lehetőségét. A szexuális felvilágosítás és megelőzés életkori csoportokra vonatkoztatott protokollja a 7. táblázatban olvasható (37). A szexualitás témája ne legyen tabu! A gyermekek ismerjék testrészeiket. Meg kell tanítani őket arra, hogy felelősek testükért, tudják, mik a jó és rossz titkok, el tudják különíteni az érintéseket és jelezzék a szülőnek, ha valaki nem megfelelően ér hozzájuk (19). Figyeljünk oda a hétfőn (hétfégi buli után) bágyadt, fáradt gyerekekre! Fontos, hogy a gyermek ismerje a veszélyt, merjen beszélni róla. Szülők feladata, hogy nyílt, őszinte kapcsolatuk legyen a gyermekükkel. A családtagok közötti megfelelő érzelmi kapocs a sikeres fellépés záloga. A szülői felelősségen túl az iskolákban végzett megfelelő formában és időben elkezdett felvilágosító munka nélkülözhetetlen a megelőzésben.

**7. Táblázat Szexuális felvilágosítás és a szexuális bántalmazás megelőzése az egészséges gyermekek gondozása során\***

<b>Életkor</b>	<b>Fejlődési fok</b>	<b>Megelőzési terv</b>
Újszülött	Teljes függőség	Csecsemőgondozó vagy bölcsőde kiválasztásának megbeszélése
6 hónapos	Nemi szervekkel kapcsolatos kellemes érzések felfedezése	Ismertessük a szülőkkel a csecsemő nemi szerveinek anatómiai jellemzőit és a „maszturbáció” létezését
18 hónapos	Beszédfejlődés kezdete	Ösztönözni kell a szülőket, hogy tanítsák meg a gyermeket a testrészek nevére, és bátran használják őket!
2,5-4 éves	Nemi identitás kialakulása	Ismerjük fel a nemi hovatartozás zavarainak tüneteit mutató gyerekeket
3-5 éves	A gyermek erősödő függetlenedése, „oedipus”-stádium kezdete, szexuális különbségek felismerése	Ösztönözzük a szülőket arra, hogy <ul style="list-style-type: none"> <li>• engedjék a gyermeket „nem”-et mondani;</li> <li>• tanítsák meg a gyermeket a testrészeinek ismeretére;</li> <li>• tegyék lehetővé, hogy a gyerek kérdezhesen a nemiséggel kapcsolatban</li> </ul> Biztosítanunk kell a szülőt arról, hogy természetes dolog a gyermek szexuális irányú kíváncsisága és játéka
5-8 éves	Iskolakezdet, függetlenség és társas kapcsolatok kialakulása	A gyermekeknek el kell sajátítania a védelmi viselkedési formákat, önvédelmi mechanizmusokat, a jó és rossz érintés közti különbséget. Bátorítani kell a gyermeket, hogy megossza a féltelmet-keltő titkait, esetleges rossz élményeit a szülővel
8-12 éves	Szexualitás kifejlődése, a gyermekbántalmazást elszenvedett áldozatok leggyakoribb életkora	A szülő tervezze meg a gyermek szexuális felvilágosítását, erősítse az önvédelmi magatartást
13-18 éves	Felnőtt öntudat kialakulása, családtól való elszakadás, saját szexuális tapasztalatszerzés kezdete	Beszélgünk a személyes biztonságról, kockázatot jelentő viselkedési formákról (alkohol-, droghasználat, autóstop). Beszélgünk a szexualitásról, születésszabályozásról és a nemi úton terjedő betegségekről!

\* Jenny, C., Sutherland, SE., Sandahl, BB.: Developmental approach to preventing the sexual abuse of children. Pediatrics, 1987; 78: 1034. – alapján módosítva

- A fiatalkorúakkal szembeni szexuális bűncselekmények elleni sikeres fellépés alapfeltétele a társadalmi összefogás. Csakis interdiszciplináris, egészségügyi, oktatási, rendőrségi, jogi és társadalmi összefogástól várható a néma járvány megelőzése és jelentős visszaszorítása.
- Sürgetni kell a szakmai továbbképzést. A nemi erőszak megelőzését szolgáló oktatásnak jelen kell lennie a közművelődés minden szintjén.
- Tájékoztatni kell a tinédzsereket a megerőszakolás régi és új módjairól. Új formát képvisel a *buli-erőszak* és az azzal járó party-drogok. Utóbbiak hatóanyaga a GHB (gamma hidroxilajsav), a gamma butirolacton és az 1-4 butanediol. Ezek a népszerű party drogok kiválóan alkalmasak arra, hogy megítatásukat követő 15-30 percen belül az áldozat kissé meglassultan és védekezésre képtelenül szexuális erőszak tárgya legyen. A veszélyt növeli, hogy a szer színtelen, szagtalan, íztelen, így italba csempészve nem észrevehető. Az áldozat nem ellenkezik, nincs fizikai erőszak, hiányoznak a megragadási nyomok is. Farmakokinetikájukat tekintve, rövid felezési idejű szerekről van szó, melyek a vesén át ürülnek, ezért kimutatásuk igen nehéz. Az áldozat hiányosan emlékezik, emlékezhet a történetekre. 2002-ben Svédországban több mint 500 esetben történt vádemelés GHB hatása alatt elkövetett nemi erőszak miatt. Természetesen nem csak a GHB és prekursorai alkalmasak tudatmódosításra, hanem ide sorolható a Rohypnol és a Ketamin is, mely utóbbi mellett - mivel vad és gyakori szexuális hallucinációkat okoz - szinte bizonyíthatatlanná válik az erőszak. Terjedőben van a diszkó és buli erőszak is, mely ellen szinte lehetetlen védekezni. A megelőzés legfontosabb és leginkább a fiatalok figyelmébe ajánlott módja a régi figyelmeztetés megtartása, hogy „Idegentől ne fogadj el semmit”, persze lehet egy "bontatlan" üdítő üveget is preparálni úgy, hogy szer van benne (72).

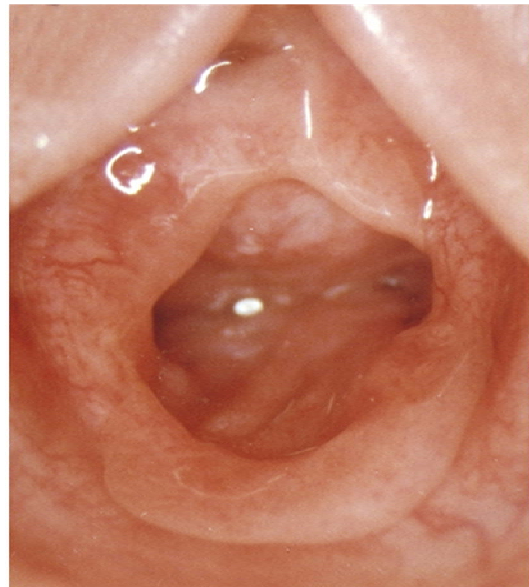
*Teendők a jövőben:*

1. A bántalmazott gyermek *ellátása és rehabilitációja* kijelölt centrumban történjen, a leírt protokoll alapján, melyet a következőkkel egészítenék ki.
  - Dokumentáljuk a látottakat: video-kolposzkóp használata kifejezetten előnyös, mert az áldozat számára könnyebben elviselhetővé és láthatóvá teszi a vizsgálatot és a ketvételt. A pontos kórelőzmény regisztrálásán túl, készüljön fotodokumentáció.
  - Az eddig alkalmazott vizsgáló módszereket ki kell egészíteni a térd-mell helyzetben (lásd 3/a.,b. ábra) végzett vizsgálattal. Ebben a pozícióban a hüvely elülső fala eltávolodik a hátsó faltól és a szűzhártya vizsgálandó része (posterior fourchette) a gravitáció miatt jobban láthatóvá válik. A hymenális gyűrűt a szűzhártya határának jobb megítélése érdekében sóoldattal be is nedvesíthetjük (5/a., b. ábra).



5/a. ábra

Gyanús elváltozás 3 és 9 óránál,



5/b. ábra

amely sóoldattal való öblítés után eltűnik

- Az igazságügyi bizonyítékok gyűjtését ki kell egészíteni a teljes testen végzett spermiumkereséssel - Woods-lámpa használatával (6/a., b. ábra). Az összegyűjtött váladékok vizsgálatára szolgáló DNS-teszt bevezetése nélkülözhetetlen.



6/a. ábra Videokolposzkóp és Woods-lámpa



6/b. ábra Barátságos rendelői környezet

- Az áldozattal készült anamnézisfelvétel speciális szobában, interjú-szakértő közreműködésével történjen, a beszélgetést is videóra kell rögzíteni (7/a., b. ábra)



7/a. ábra Interjúszoba



7/b. ábra Videostúdió

- A bántalmazott gyermek ellátását egy multidiszciplináris csapat végezze, melynek tagjai: orvos, szociális munkás, védőnő, gyermekjóléti szakszolgálat munkatársa, pszichiáter – pszichológus, rendőr, ügyész. A csapat tagjai rendszeres alkalmakon beszéljék meg a folyamatban levő ügyeket. A csapat tagjait, és azok feladatait a 8. táblázat ismerteti.
2. *Jogi szabályozás* megalkotása: készüljön külön jogszabály arról, hogy kinek és milyen formában kell a szexuális bántalmazást bejelenteni. Fontos az áldozatbarát eljárási gyakorlat bevezetése, a videóra vett vallomást használják fel a bizonyítási eljárás során. A tartós pszichés károsodás megelőzésére az elhúzódó bírósági eljárásokat le kell rövidíteni, és a gyermek testi és lelki védelméről gondoskodni kell. Különösen fontos ez, mi-

vel a mai joggyakorlatban az elkövetők általában szabadlábbon védekeznek és a bántalmazó családtag egy fedél alatt marad áldozatával. Ez növeli a bántalmazás ismétlődésének lehetőségét.

3. Olyan *prospektív tanulmányokat* kell elindítani, melyek a gyermekáldozat sorsát egészen felnőttkorig követik. Ez nyújtana segítséget a bántalmazás által okozott késői károsodások és következmények vizsgálatában.
4. Nem szabad elfeledkeznünk a *fiú áldozatokról* sem.

Munkánkban, a betegek megítélésében, szemléletünkben - minden cselekedetünkben - arra gondoljunk, hogy a gyerekek és fiatalok nem tárgyak. Nem csak statisztikai adatok vagy ügyek. Ők jelentik a kapcsolatot a jelen és a jövő között. Nem veszíthetjük el őket. Ez közös felelősségünk.

## 8. Táblázat A multidiszciplináris csoport tagja és azok szerepe \*

Szakma	Feladat	Képzettség
Nőgyógyász, gyermekgyógyász, gyermeknőgyógyász	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A szexuális bántalmazás felismerése és jelentése</li> <li>• Orvosi fizikális vizsgálat kivitelezése és igazságügyi bizonyítékok gyűjtése</li> <li>• Az áldozat orvosi kezelése, a gyermek és családja egészségének helyreállítása</li> <li>• A kockázatos esetek követése</li> <li>• Tanúskodás a bíróságon az általa végzett vizsgálat és gyűjtött bizonyítékok felhasználásával</li> <li>• A szexuális zaklatással foglalkozó egészségügyi és nem egészségügyi szakemberek oktatása</li> </ul>	A gyermekek ellen elkövetett szexuális bűncselekmények felismerésének és kezelésének ismerete
Védőnő	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A családi körülmények észlelése, a gyermek veszélyeztetettségének felismerése</li> </ul>	Az egészséges gyermek korspecifikus jellemzőinek ismerete
Szociális munkás	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Családi környezet felmérése</li> <li>• Kapcsolattartás a gyermekvédelmi szolgálattal, a rendőrséggel, illetve szükség esetén a gyermekorvossal és a védőnővel</li> </ul>	Gyermek fejlődésének, gyermekbántalmazás jellegének és a jogi szabályozásnak az ismerete. Interjúkészítés, információgyűjtés módjának ismerete
Gyermekvédelmi szervek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bejelentések gyűjtése</li> <li>• A gyermek családból való kiemelésének elindítása</li> <li>• Kapcsolattartás a nyomozati szakban résztvevő szakmákkal</li> <li>• Egyéni támogatás</li> <li>• A család és a gyermek figyelemmel kísérése a megelőzés érdekében</li> </ul>	Jogi ismeretek Együttműködési készség Gyermekek elhelyezés, gyermekvédelem
Rendőrség	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azonnali beavatkozás a gyermek érdekében és a gyermek védelme</li> <li>• Nyomozás és bizonyítékszerzés</li> </ul>	Nyomozati ismeretek
Ügyész	A büntetőügyi eljárás során a gyermek védelme, pszichés károsodások megelőzése	Speciális szakismeretek
Ügyvéd	A gyermek szükségleteinek és érdekeinek védelme az eljárás során	Speciális szakismeretek
Pszichológus	A bántalmazásnak kitett gyermek felismerése (exploráció). A gyermek mentális egészségének felmérése. Az észlelt leletek helyes interpretálása. Újabb bántalmazás kockázatának megítélése	A gyermekkel kapcsolatban levő személyek (óvónő, tanár) és szerepük ismerete

\* Giardino, AP., Ludwig, S.: Roles and responsibilities of professional team members In: Finkel, MA., Giardino, AP. (Ed.), Medical Evaluation of child sexual abuse Sage Publications, USA. 2002. Chapter 11, pp. 215-231. - alapján

## 5. Megállapításaim

1. Elsőként végeztünk populáció-szintű vizsgálatot 18 év alatti életkorú szexuálisan bántalmazott leányokban.
2. Az áldozatok és a büntettet elkövetők jellemzőit, valamint a bántalmazás típusát és körülményeit vizsgálva megállapítottuk, hogy
  - a szexuális bántalmazás szempontjából elsősorban a 11-14 év közötti leányok veszélyeztetettek;
  - az esetek közel felében a bántalmazást családtag, főleg édesapa vagy mostohaapa követi el;
  - a bántalmazás a gyermek felügyelet nélkül maradása (délután, este, iskolai szünet) idején gyakoribb,
  - a családtag által elkövetett bántalmazás többnyire ismétlődő, ilyenkor sérülési nyom nem várható, az áldozat és a kísérő viselkedésbeli zavaraira és gyanús fizikális jelekre kell támaszkodnunk.
  - a sürgősséggel ellátott esetek, ahol rendszerint sérülés és bizonyíték is található, idegen elkövetőre utalnak.
3. Tapasztalatunk alapján összefoglaltuk azokat a kórelőzményi adatokat és vizsgálati leleteket, amelyek a szexuális bántalmazást gyanússá, valószínűvé, vagy bizonyíthatóvá teszik.
4. Felhívjuk a figyelmet azokra a teendőkre, amelyek a jövőben a bántalmazás felismerésének, az áldozatok ellátásának és a megelőzésnek a hatékonyságát javíthatják.

5. Hangsúlyozzuk a felvilágosítás, nevelés, képzés szerepét, és a szemléletváltás – változtatás fontosságát.
6. Rámutatunk a kérdés jogi szabályozásának hiányosságára, korszerű, adekvát jogi szabályozás megalkotásának szükségességére.
7. Felhívjuk a figyelmet a fiatalokat ért szexuális bántalmazás népegészségügyi, társadalmi jelentőségére.

## 6.1. Összefoglalás

Az elmúlt évtizedekben a fiatalkorúakkal szemben elkövetett szexuális bántalmazás gyakorisága, súlyos egészségkárosító hatása és az áldozatok egész életre kiható következményei miatt az orvosi és a büntetőjogi gyakorlat középpontjába került. Hazánkban eddig még nem történt átfogó, olyan populáció-alapú vizsgálat, mely az orvosi és jogi vonatkozásokat egyaránt magában foglalta volna.

Munkám során a Debreceni Egyetem OEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikája gyermeknőgyógyászati rendelésén 1986. január 1. és 2001. december 31. között megjelent 18 éves kor alatti szexuálisan bántalmazott leányok adatait elemeztem, és a rendelkezésre álló nemzetközi adatokkal hasonlítottam össze. Vizsgáltam a bántalmazottak és a bűncselekményt elkövetők jellemzőit, a bűncselekmény típusát, az elkövetés körülményeit, a sérülés gyakoriságát és súlyosságát és az ellátás módját. Az eseteket a bírósági eljárás végéig követtem.

A vizsgálati periódusban 209 leány került ellátásra. Ötvenhárom esetben (25%) családtag volt a szexuális zaklatás elkövetője. A fiatalok közel fele (47%) 11 és 14 éves kor közötti korcsoportba tartozott. Többségük (157) tanuló volt, de óvodás korúak is előfordultak. A családon belüli erőszak elkövetője legtöbbször az édesapa (44%), vagy mostohaapa (40%) volt. Folyamatos, vagy ismétlődő zaklatásról az esetek egyötödében (21%) számoltak be. A bűncselekmény legtöbbször délután és este, gyakran iskolai szünet idején, az esetek egyötödében az áldozatok otthonában következett be. Az esetek 80 %-ban hüvelyi behatolás, 20%-ban szexuális fajtalankodás történt, az esetek egyharmadában ehhez fizikai sérülés is társult. Az esetek felében (48%) azonnali ellátásra került sor, 35 lány (17%) 72 órán belül jelentkezett, míg 73 (35%) esetben 72 órán túl került sor a szakszerű vizsgálatra. Egy terhességet találtunk. Fizikai sérülést 66 esetben (31%) detektáltunk, kettő sebészeti beavatkozást igényelt. Spermiumok jelenlétét 38 esetben igazoltuk. A 127 büntetőeljárás

során 56 elkövetőt (27%) ítélték el nemi erőszak, fajtalankodás, illetve fiatalkorú megrontása miatt.

Tapasztalataink alapján megállapítottuk, hogy hazánkban a fiatalkorúak szexuális bántalmazásának egészségügyi ellátása, jogi szabályozása és társadalmi megítélése egyaránt elégtelen. Hiányoznak a felismerést segítő eszközök, a diagnózis tárgyi és személyi feltételei, és az ellátásban részt vevő szakemberek, a gyermekekkel foglalkozó és értük felelős felnőttek (szülők, nevelők) felkészültsége is hiányos. Munkánkban felvázoljuk a szexuális bántalmazás felismerését, orvosi ellátását és megelőzését segítő jövőbeli feladatokat.

## 6.2. Summary

In the past decades child sexual abuse has got into the centre of medical and criminal practice because of its frequency, serious detrimental impact and lifetime aftermath of the victim. In Hungary there has been no population-based study published dealing with evaluation of medical and legal procedures of female child sexual abuse.

During my work I analysed the data of sexually abused girls under the age of 18, who visited the Pediatric Outpatient Clinic of the Obstetric and Gynecology Department of the Medical and Health Science Center in Debrecen between 1986 and 2001. Data were compared with those in international studies. The aspects studied were as follows: characteristics of victims and perpetrators, types and circumstances of the abuse, the frequency and massiveness of injuries and the method of medical service respectively. Legal procedures were also followed up until the end of litigation.

During the study-period 209 girls were reported at the office. The perpetrator was intrafamiliar in 53 cases (25%). The half of the victims (47%) were between 11 and 14 years of age. Majority of them (157: 76%) were students, but kids also occurred. The perpetrator among intrafamiliar cases most often was the victim's father (44%), or stepfather (40%). The abuse had occurred on multiple occasions in one fifth of the cases (21%). The crime happened most often in the afternoon or evening, frequently in out-of-school times, and took place in the victims' home in one fifth of the cases. Vaginal penetration was the type of abuse in 80%, and sexual perversion in 20%, associated with injuries in one third of the assaults. Half of the cases (48%) were immediately cared, 35 girls presented themselves within 72 hours, and in 73 cases (35%) the examination was performed after 72 hours. Pregnancy was identified in one case. Sixtysix victims (31%) were physically injured, two of them required surgical treatment. The presence of sperms was confirmed in 38 cases. During the 127 legal proceedings, 56 perpetrators were

sentenced and found guilty on charges of rape, sexual perversion and illegal sexual intercourse.

On the basis of our experience we found, that medical, legal evaluation and social adjudication of child sexual abuse can be considered to be insufficient in Hungary. The diagnostic facilities, the financial and human resources are mostly absent, as well as the skilled health professionals and knowledge of the adults who care after and are responsible for the children (parents, educators) are missing. As a conclusion the various methods of prevention, the possibilities of improvement of diagnostic procedures, and treatment are summarized.

## **Köszönetnyilvánítás**

Hálásan köszönöm Dr. Borsos Antal professzor úrnak, amiért a gyermeknőgyógyászat szépségével és izgalmaival megismertetett, majd tudományos munkámat segítette és támogatta.

Őszinte köszönetem fejezem ki Dr. Oláh Éva professzor asszonynak, témavezetőként nyújtott segítségéért, szakmai tanácsaiért és emberi támogatásáért.

Szívből köszönöm Dr. Lampé László professzor úr bizalmát, bátorítását, továbbá szemléletemet alakító orvosi és emberi egyéniségének példáját.

Hálás vagyok Dr. Székely Péternek, aki eddigi klinikai munkáját velem megosztotta és meghatározó jelentőségű ajánlásaival, szakmai támogatásával alapozta meg a doktori fokozatszerzésem.

Igaz szeretettel köszönöm Dr. Balla Lajos bíró úr társszakmai segítségét és támogatását, aki bizalmába fogadott és bírói szemléletét adta a dolgozatba.

Nagyon köszönöm Dr. Póka Róbert és Dr. Fülesdi Béla tanár urak, Dr. Major Tamás és Dr. Aranyosi János adjunktus urak doktori értekezésem elkészítéséhez nyújtott önzetlen és baráti segítségét.

Megkülönböztetett köszönet illeti a Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika és az Gyermeknőgyógyászati Munkacsoport minden munkatársát, akik pályám kezdete, 1996 óta a kölcsönös megbecsülés és együttműködés élményével gazdagítanak.

Hálás vagyok Családomnak a szeretet, a tisztesség, a szorgalom, a pontos munkavégzés irányadó példájáért, amely a doktori értekezés elkészítésében is biztos támaszt és ösztönzést jelentett.

## Irodalomjegyzék

- (1) AAP (American Academy of Pediatrics):. Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. Pediatrics, 1999; 103: 186-191.
- (2) AAP.: Committee on Adolescence. Care of the adolescent sexual assault victim. Pediatrics, 2001; 107: 1476-1479.
- (3) Adams, JA.: Sexual abuse and adolescents. Pediatr Ann, 1997; 26: 299.
- (4) Adams, JA.: Medical evaluation of suspected child sexual abuse. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2004; 14: 191-197.
- (5) Adams, JA.: Evolution of a classification scale: Medical evaluation of suspected child sexual abuse. Child maltreatment, 2001; 6: 31-36.
- (6) 37/2002. (IX. 4.) Alkotmánybírósági határozat
- (7) Antoni, P.: A megkínzott gyermek syndroma. Orv Hetil. 1965; 106: 1994.
- (8) Aszódi, I.: A szexuális bűncselekményekkel kapcsolatos néhány kérdés. Magyar Nőorvosok Lapja, 2001; 64: 71-74.
- (9) Bays, J., Chadwick, D.: Medical diagnosis of the sexually abused child. Child Abuse Negl., 1993; 17: 91-110.
- (10) Berenson, AB., Chacko, M., Wiemann, C. és mtsai: A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. Am J Obstet Gynecol, 2000; 182: 820-824.
- (11) Berenson AB., Chacko MR., Wiemann CM., és mtsai: Use of hymenal measurements in the diagnostic of previous penetration. Pediatrics, 2002; 109: 228.
- (12) Berkes, Gy., Julis, M., Kiss Zs. és mtsai : Magyar büntetőjog, Kommentár a gyakorlat számára II. 2002, 2.kiadás, 594.

- (13) Bodánszy, H., Kelemen, J., Váradi, S., Krause, I.: A megkínzott gyermek szindróma etiológiája, klinikuma és orvosszakértői megítélése. *Morphológiai és Ig. Orv. Szemle*, 1988; 28: 140.
- (14) Bognár, I., Bodánszky, H., Bohár, A.: „A megkínzott gyermek syndroma” és a „megrázott gyermek syndroma”. *Orv.Hetil*; 1976, 117: 2544.
- (15) Briggs, L., Joyce, PR.: What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child Abuse Negl*, 1997; 21: 575-582.
- (16) Burnam, MA., Stein JA., Golding, JM. és mtsai: Sexual assault and mental disorders in a community population. *J Consult Clin Psychol*, 1988; 56: 843-850.
- (17) Cheasty, M., Clare, AW., Collins, C.: Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: a case-controll study. *BMJ*, 1998; 316: 198-201.
- (18) Csorba, R., Borsos, A.: Gyermekkel szembeni szexuális erőszak a családban. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 2002; 65: 279-282.
- (19) Daro, DA.: Prevention of child sexual abuse. *Future of Children*, 1994; 4: 198.
- (20) Davidson, JRT., Hughes, DC., George, LK.és mtsai: The association of sexual assault and attempted suicide in the communitiy. *Arch Gen Psychiatry*, 1996; 53: 550-555.
- (21) Djeddah, C., Facchin, P., Ranzato,és mtsai: Child abuse: current problems and key public health challenges. *Soc.Sci Med*, 2000; 51: 905-15.
- (22) DSAC National Newsletter Issue No.52.- Sept.2002.
- (23) Edgardh, K., Ormstad, K.: Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatr*, 2000; 89: 310-319.
- (24) Editorial: The neglect of child neglect. *Lancet*, 2003; 361: 443.
- (25) Finkelhor, D.: A sourcebook on child sexual abuse. Beverly Hills, CA: Sage. 1986.

- (26) Friedrich, WN., Fisher, JL., Dittner, CA.: Child sexual behavior inventory: Normative, psychiatric and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 2001; 6: 37-49.
- (27) Gasza, M.: A bántalmazott leánygyermekellátása az Egyesült Államokban. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 2000; 63: 516-517.
- (28) Glander, SS., Moore, ML., Michielutte, R., és mtsai: The prevalence of domestic violence among women seeking abortion. *Obstet Gynecol*, 1998; 91: 1002-1006.
- (29) Golding, JM., Taylor, DL., Menard, L., King, MJ.: Prevalence of sexual abuse history in a sample of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2000; 21: 69-80.
- (30) Hammershlag MR.: Sexually transmitted diseases in sexually abused children: medical and legal implications. *Sex Transm Infect*, 1998; 74: 167.
- (31) Heger A., Ticson L., Velasques O., és mtsai: Children referred for possible sexual abuse: Medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl*, 2002; 26: 645.
- (32) Heger A., Tiscon L., Guerra L., és mtsai: Appearance of the genitalia in girls selected for non-abuse: Review of hymenal morphology and non-specific findings. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2002; 15: 27.
- (33) Heppenstall-Heger A., McConell G., Tocson L., és mtsai: Healing patterns in anogenital injuries: A longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, provided genital surgery in the adolescent child. *Pediatrics*, 2003; 112: 829.
- (34) Herczog, M.: *Gyermekvédelmi kézikönyv*, KJK, Budapest, 2001.
- (35) Herczog, M.: *A gyermekekkel szembeni szexuális visszaélésekről*. *Család Gyermek Ifjúság Könyvek*, Budapest, 2002.
- (36) Herrmann, B.: Sexueller Kindesmißbrauch: Bedeutung und Stellenwert der medizinischen Diagnostik. *Korasion*, 1999; 14: 25-30.

- (37) Jenny, C., Sutherland, SE., Sandahl, BB.: Developmental approach to preventing the sexual abuse of children. *Pediatrics*, 1987; 78: 1034.
- (38) Keane FEA., Young SM., Boyle HM.: The prevalence of the previous sexual assault among routine female attenders at a department of genitourinary medicine. *Int J STD AIDS*, 1996; 7: 480-484.
- (39) Kempe, CH., Silverman, FN., Steele, RF.: The battered child syndrome. *JAMA*, 1962; 181: 171.
- (40) Kempe, CH.: Sexual abuse, another hidden pediatric problem: The 1977 C. Anderson lecture. *Pediatrics*, 1978; 62: 382-389.
- (41) Kerns, DL.: Cool science for a hot topic. *Commentary. Child Abuse Negl.*, 1989; 13: 177-178.
- (42) Kovács, E.: Mit tudunk az intézményben élő gyermekek elleni szexuális bántalmazásról? *Család, Gyermek, Ifjúság* 2001/5.
- (43) Kránitz, M.: A gyermekek szexuális kizsákmányolása, prostitúció , pedofília, *Belügyi szemle* 2000/4-5
- (44) Krug, EG., Dahlberg, LL., Mercy, JA., Zwi, AB.: *World report on violence and health*. Geneva:WHO, 2002.
- (45) Lampe, A., Solder, E., Ennemoser, A., és mtsai: Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. *Obstet Gynecol*, 2000; 96: 929-933.
- (46) López, F., Carpintero, E., Hernandez, A.,és mtsai: Prevalence and sequelae of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse Negl*, 1995; 19: 1039-1050.
- (47) MacMillian, HL., Fleming, JE., Trocme, N.,és mtsai: Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *JAMA*, 1997; 278: 131-135.

- (48) McCann, J., Voris, J., Simon, M.: Genital injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics*, 1992; 89: 307-317.
- (49) Morvai, K.: Terror a családban. Kossuth K, 1998.
- (50) Morvai, K.: A családon belüli erőszak Magyarországon
- (51) Myhre AK., Berntzen K., Bratlid D.: Genital anatomy in non-abused preschool girls. *Acta Paediatr*, 2003; 92: 143.
- (52) Myhre AK., Berntzen K., Bratlid D.: Perianal anatomy in non-abused preschool children. *Acta Paediatr*, 2001; 90: 1321.
- (53) Osváth, L., Barla, E., Ács, G.: Meggyötört gyermek szindróma. *Gyermekegyógyászat*, 1990; 41: 373-376.
- (54) Pederson W., Skrondal A.: Alcohol and sexual victimisation: A longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996; 91: 565-581.
- (55) Peschers, UM., Du Mont, J., Jundt, K., és mtsai: Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany. *Obstet Gynecol*, 2003; 101: 103-108.
- (56) Romans, SE., Gendall, KA., Martin, JL., Mullen, PE.: Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study. *Int J Eat Disord*, 2001; 29: 380-392.
- (57) Salter, D., McMillan D., Richards, M., és mtsai: Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study. *Lancet*, 2003; 361: 471-476.
- (58) Sedlak, A.J., Hantmann, S., Schultz, D.: Third National Incidence of Child Abuse and Neglect (NIS-3) public use manual. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Offices of Human Development Services.
- (59) Sgroi, S.M.: Sexual molestation of children: The last frontier in child abuse. *Children Today*, 1975; 44: 18-21.
- (60) 1978. évi IV. Törvény §138.

- (61) 1978. évi IV. Törvény §195/A.
- (62) 1978. évi IV. Törvény §197.
- (63) 1978. évi IV. Törvény §198.
- (64) 1978. évi IV. Törvény §201.
- (65) 1978. évi IV. Törvény §210.
- (66) 1978. évi IV. Törvény §210., 2.bekezdés
- (67) 1997. évi XXXI. Törvény. A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról.
- (68) Tschumper, A., Narring, F., Meier, C., Michaud, PA.: Sexual victimization in adolescent girls (age 15-20 years) enrolled in post-mandatory schools or professional training programmes in Switzerland. *Acta Paediatr*, 1998; 87: 212-217.
- (69) Velkey, L.: A „megvert”, „megkínzott”, „megrázott”, „bántalmazott” gyermek szindróma. *Gyermekgyógyászat*, 1994; 4: 267-279.
- (70) Walker, EA., Unutzer, J., Rutter, C., és mtsai: Costs of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Arch Gen Psychiatry*, 1999; 56: 609-613.
- (71) Wonderlich, SA., Brewerton, TD., Josic, Z., és mtsai: Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 36: 1107-1115.
- (72) Zacher személyes közlés

### **Az értekezés alapjául szolgáló közlemények:**

1. **Csorba R.**, Borsos A.: Gyermekkel szembeni szexuális erőszak a családban Magyar Nőorvosok Lapja 2002; 65: 279-282.
2. **Csorba, R.:** Hungarian characteristics of child sexual abuse that occurred between 1986-2001. Korasion / Fachzeitschrift für Kinder- und Jugendgynakologie/ 2003; 18: 16.
3. **Csorba R.**, Póka R., Székely P., Borsos A., Balla L., Oláh É. : Fiatalkorúakkal szembeni szexuális bűncselekmények. Orv Hetil 2004; 145: 223-227.
4. **Csorba R.**, Borsos A., Balla L.: Válasz a „Hozzászólás Csorba R. és mtsai: Fiatalkorúakkal szembeni szexuális bűncselekmények c. közleményéhez” cikkre. Orv Hetil 2004; 145 (44): 2260-61.
5. **Csorba, R.**, Aranyosi, J., Borsos, A., Balla, L., Major, T., Póka, R.: Characteristics of female child sexual abuse in Hungary between 1986-2001: a longitudinal, prospective study. Eur J Obstet & Reprod Biol 2005; 120: 217-221. **IF.: 0,955**
6. **Csorba, R.**, Lampé, L., Borsos, A., Balla, L., Póka, R., Oláh, É.: Female child sexual abuse within the family in a Hungarian county. Gynecol Obstet Invest – közlésre elfogadva **IF.: 0,867**

## **Az értekezés témájához kapcsolódó előadások, poszterek:**

1. **Csorba, R.**, Székely, P., Borsos, A.: Child sexual abuse in the family. *XVIth European Congress of Obstetrics and Gynecology (EAGO/EBCOG)*. Malmö, Sweden, June 6-9., 2001.
2. **Csorba R.**, Székely P., Borsos A.: Családon belüli erőszak. *Magyar Nőorvos Társaság Északkelet-Magyarországi Szakcsoporthúlése*. Gyöngyös, 2001. október 5.
3. **Csorba, R.**, Székely, P., Borsos, A.: Sexual abuse in adolescent gynecology. *IX. Szlovák Nemzeti Nőgyógyász Nagygyűlés*. Martin, Szlovákia, May 30.-1. Jun., 2002.
4. **Csorba R.**: Fiatalkorúakkal szemben elkövetett szexuális bántalmazás. *Gyermeknőgyógyász Szekció Nap*, Budapest, 2003. április 11.
5. **Csorba, R.**: Hungarian characteristics of child sexual abuse. *Deutsch-Ungarische Freundschaftsgesellschaft für Geburtshilfe und Gynakologie*, Balatonvilágos, Ungarn, September 26-28., 2003.
6. **Csorba, R.**: Hungarian characteristics of child sexual abuse cases that occurred between 1986-2001. *Münchner Symposium für Kinder- und Jugendgynakologie*, München, October 23-25., 2003.
7. **Csorba, R.**, Major, T., Borsos, A.: Hungarian characteristics of child sexual abuse *14th World Congress on Pediatric & Adolescent Gynecology*, Athens, May 8-11., 2004.

8. **Csorba, R.**, Lampe, L., Borsos, A., Balla, L., Poka, R.: Sexual abuse within the family in a Hungarian county. *XVIIIth European Congress of Obstetrics and Gynecology*, Athens, May 12-15., 2004.
9. **Csorba, R.**: Female child sexual abuse, *European Network of the International Association for Adolescent Health*, Budapest-Debrecen, September 23-26., 2004.
10. **Csorba R.**, Székely P., Borsos A.: Szexuális erőszak fiatalok ellen, *Baross Utcai Szülészeti Esték továbbképző rendezvény*, Budapest, 2004. december 9.
11. **Csorba, R.**, Szekely, P., Borsos, A., Oláh, É., Balla, L.: Characteristics of Female Child Sexual Abuse in Hungary between 1986 and 2001, *8th World Congress of the International Association for Adolescent Health (IAAH)*, Lisboa, Portugal, May 11-14., 2005.
12. **Csorba, R.**: Medical and legal evaluation of female child sexual abuse in Hungary, *Xth ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect*, Berlin, Germany September 11-14., 2005.