

CSORBA ROLAND

Az orvos szerepe a tizenyolc évesnél fiatalabb lányok elleni szexuális bűncselekmények bizonyításában

A nők és a gyermekek ellen elkövetett szexuális erőszakos cselekedetek világszerte szaporodnak¹. A fiatalkorúak elleni szexuális erőszak a bántalmazás különösen kegyetlen, váratlan és gyakori módja, amely növekvő aggodalmat kelt nemcsak a nyugati, hanem a keleti társadalmakban is². A nemi erőszak gyakori előfordulása, súlyos egészségkárosító hatása és az áldozat egész életére kiható következményei miatt a kérdés az elmúlt évtizedben az orvosi és a büntetőjogi gyakorlat középpontjába került. Magyarországon körülbelül minden tizedik nőt bántalmaz a házastársa vagy élettársa³. A közhiedelemmel ellentétben a szexuális bűncselekmények nagyobb része többszörös, krónikus előfordulású, ezeket ráadásul családon belül okozzák. Ez sokkal több fiatalkorú életét követeli, mint a hasonló életkorúak rosszindulatú megbetegedései⁴.

Ritkán telik el hét anélkül, hogy a sajtó ne adna hírt egy klasszikus gyermekbetegség gyógyítását szolgáló, új reményteli kezelési eljárás felfedezéséről. A gyermekek elleni 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, amikor már tragédia történt. Magyarországon minden második, halállal végződő erőszakos bűncselekmény „családi ügy”. A brutálisan megölt áldozatok fele nem csupán ismerte, hanem egykor szerette is gyilkosát, hiszen szülője, gyermeke, testvére, házastársa, élettársa volt.⁵

A fiatalkorúak által elszenvedett szexuális bántalmazásra az Egyesült Államokban és Nyugat-Európában évtizedekkel korábban gyermek- és nőjogi

1 Etienne G. Krug – Linda L. Dahlberg – James A. Mercy – Anthony B. Zwi – Rafael Lozana: World report on violence and health. World Health Organization, Geneva, 2002. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf

2 Carol Djeddah – Paola Facchin – Cristina Ranzato – Claude Romer: Child abuse: current problems and key public health challenges. *Social Science & Medicine*, vol. 51, 2000, pp. 905–915.

3 Morvai Krisztina: Terror a családban. Kossuth Kiadó, Budapest, 1998, 111. o.

4 The neglect of child neglect. *The Lancet*, vol. 361, 2003, p. 443. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)2912492-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)2912492-0/fulltext)

5 Morvai Krisztina: i. m. 13. o.

mozgalmak hívták fel a figyelmet. Hazánkban csak az utóbbi években kerültek nyilvánosságra konkrét és megdöbbentő esetek.

A növekvő nyilvánosság következtében sokan azt a téves következtetést vonják le, hogy növekszik a gyermekek ellen elkövetett szexuális bűncselekmények száma. Valójában az információáramlás feltételeinek javulásának következménye, hogy az eddig titkolt, fel nem tárt esetek napfényre kerülnek. Korábban ezek az áldozatok úgy gondolták, hogy a helyzetük egyedi, szégyellni- és titkolnivaló.

A gyermekek elleni bántalmazással kapcsolatba kerülő egészségügyi dolgozók feladata nehéz és sokrétű, mivel 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 nem könnyű felismerni a bántalmazást.

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

Annak ellenére, hogy a szakirodalomban már 1975 óta ismert a kórkép⁶, Magyarországon még nem történt átfogó, populációalapú vizsgálat, az ismert és eddig felderített 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, 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 ismeretük a szexuális visszaélésekről, az áldozatok és elkövetők jellemzőiről, a bűncselekmények felismeréséről, kezeléséről és az áldozatok rehabilitációjáról. A legtöbb kriminológus szerint a nők ellen elkövetett erőszakos cselekmények a legkevésbé dokumentált bűnügyek⁷.

A szexuális bántalmazás pontos előfordulásának ismerete és a gyermekek elleni erőszak megfelelő orvosi és jogi megközelítésének megteremtése alapvető egészségügyi és társadalmi, nemzeti követelmény.

⁶ Suzanne M. Sgroi: Sexual molestation of children: The last frontier in child abuse. *Children Today*, vol. 44, 1975, pp. 18–21.

⁷ David Finkelhor: *A sourcebook on child sexual abuse*. Sage, Beverly Hills, 1986

Az elsődleges orvosi ellátást végző orvos szerepe rendkívüli jelentőségűvé válhat a büntetőeljárásban, hiszen közvetlen információkat észlel, amelyek későbbi bizonyítékként történő felhasználására feltétlenül szükség lesz.

Kutatás és a vizsgálat az orvos szemével

A hétszázévezres Hajdú-Bihar megyében a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumának Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikája az egyetlen intézet, amelyben gyermeknőgyógyászati ellátás folyik. Elemeztük az 1986. január 1. és 2006. december 31. között a klinikánkon szexuális bántalmazás miatt megjelenő tizenhét évesnél fiatalabb lányok adatait. A munkánkat a vizsgálati periódus első tíz évében az adatok retrospektív gyűjtésével, majd 1996-tól a betegek adatainak prospektív feldolgozásával végeztük. A szexuális bántalmazásnak kitett lánybetegek kórtörténeteit kiemeltük, a bűncselekményt és annak körülményeit elemeztük, és az eseteket a bírósági eljárás végéig követtük.

A klinikán az áldozatok ellátása részletesen kidolgozott standard alapelvek alapján történt. A protokoll magában foglalta a gyermekbántalmazás meghatározását, a vizsgálat célját és menetét. A következő jellemzőket rögzítettük: az áldozat életkora és foglalkozása; az elkövető életkora és foglalkozása; családi kapcsolat a fiatakorú áldozat és az elkövető között; a szexuális bántalmazás gyakorisága; a szexuális zaklatás típusa; a bűntény helyszíne; a bűncselekmény elkövetésének ideje napszak és évszak szerint; az áldozat és az őt a klinikára kísérő személy közötti családi vagy egyéb kapcsolat; és a klinikai vizsgálat eredményei. Ugyancsak rögzítettük az elkövetés és a vizsgálat között eltelt időintervallum hosszát, és a nőgyógyászati vizsgálat eredményét is. A vizsgálatot legtöbbször a klinika gyermeknőgyógyászati szakrendelésének munkatársai végezték. Az esetek orvosi ellátása a sérülésnek megfelelően, standard szempontok szerint történt. Ugyancsak azonos módon került sor a teljes kórelőzmény rögzítésére, beleértve az orvosi és szociális anamnézist, és azonos irányelvek szerint zajlottak a vizsgálatok.

A *kórelőzmény* pontos felvétele – az esetleges büntetőjogi következmény miatt – rendkívül fontos. A fiatakorú 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).

A szülő vagy a kísérő által elmondott történetet ugyancsak rögzítettük. Nagy jelentőséget tulajdonítottunk a nyugodt, alapos, minden apró részletre kiterjedő kikérdezésnek. Az anamnéziszelfvétel során az orvosnak olyan körülményt kell teremtenie, hogy az áldozat képes legyen minél pontosabban leírni a bántalmazás folyamatát. Gyakorlatunkban általános kérdésekkel felmértük a kognitív képességet, majd próbáltuk meggyőzni az érintettet 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 valamilyen részletet. Mindig meg kell győződnünk arról, hogy az áldozat meg tudja különböztetni az igazságot a hazugságtól, hogy ismeri a testrészeket, a helyragokat annak érdekében, hogy a korának megfelelő szóhasználattal tudja előadni a történetet; a rögzített beszámolónak nagy jelentősége van. Fontos, hogy az interjú nyelvezete egyszerű legyen, nyitott kérdéseket tegyünk fel, és fokozatosan irányítsuk, koncentráljuk kérdéseinket az esetleges szexuális zaklatásra. Kerülnünk kell az előítéletet, a kritizálást és a minősítést. Az elmondott történetnek 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 *fizikális vizsgálat* tartalmazta az áldozat teljes testének átfogó vizsgálatát, a szexuális fejlettség megítélését, a szexuális és egyéb bántalmazás jeleinek kutatását, az esetleges sérülések azonosítását, különös tekintettel az introitus és a szűzhártya kolposzkópos képére. A gyermeket megnyugtatja, ha a vizsgálatot édesanyja vagy a gondviselője 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 vizsgálatára* a különböző pozíciókban került sor. A gyermeket alaposan megtekintettük hanyatt, békaláb helyzetben, esetleg az édesanyja ölében, hanyatt, térd-mell helyzetben, és idősebb áldozatok esetében kőmetsző helyzetben, lábtartók használatával. A hanyatt végzett vizsgálómódszerek egyike a nagyajak-szétválasztásos módszer. A vizsgáló ujjait mindkét nagyajakra helyezi és azokat laterális irányban távolítja. A másik technika a nagyajak-széthúzásos módszer, amelynek során a nagyajkakakát uj-

jainkkal megfogjuk, és finoman laterálisan és lefelé húzzuk őket. A hüvely feltárását csak idősebb lányok esetében használtuk, akiknek a fejlettségi szintje megfelelő volt (> 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 vizelettesztel vagy ultrahanggal történő vizsgálatát, igazságügyi bizonyítékok gyűjtését (spermium, nyál, szennyező anyagok, ruházat, egyéb bizonyítékok). Spermiumkutatást 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. számú táblázat* foglalja össze.

A vizsgálatok eredményét a gyermeknőgyógyászati szakrendelésen való első megjelenéskor, majd minden ismételt vizsgálatkor dokumentáltuk. A leletek archiválása és hivatalos kérésre történő kiadása volt az ellátás utolsó lépése.

Az orvosi vizsgálat csupán 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, és a későbbi bírósági eljárás számára pontos dokumentációt nyújtson.

A bántalmazott gyermekek vizsgálatának ismertetett módszerén túl tanulmányoztuk a gyermekeket érő szexuális bántalmazás, molesztálás és a nemi erőszak közötti különbségeket, rámutatva a bűncselekmények diagnosztikai nehézségeire. A bűncselekmények jogi eljárásainak eredményeit is értékeltük. Az orvosi és a bírósági adatokat folyamatosan, párhuzamosan figyeltük és összehasonlítottuk.

A vizsgálatok eredményei

Az 1986 és 2006 között eltelt húsz évben kétszázhatvanhat tizenhét évesnél fiatalabb lány ellátására került sor a klinika gyermeknőgyógyászati szakrendelésén szexuális bántalmazás vagy erőszak miatt.

1. számú táblázat
Szexuális bántalmazás ellátásának protokollja
a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumának
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján

Kórelőzmény felvétele:

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

Nőgyógyászati vizsgálat:

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

Váladékvétel:

- spermiumkutatás – mintavétel legalább három helyről: hüvelybement, hüvelyboltozat, végbélnyílás, nyál, egyéb bizonyíték;
- hüvelyváladék-vétel: STD kimutatására, vaginitis panel

Ellátás:

- sebészi: sérülések ellátása;
- antibiotikum-profilaxis: Sumamed S 1x2 caps.;
- sürgősségi fogamzásgátlás: ElleOne 1x1, Escapelle 1x1;
- sz. e. tetanus anatoxin

Leletek dokumentálása:

- három nyomtatott példány

Leletek kiadása:

- csak hatósági kérésre (rendőrség, ügyészség)

Kontrollvizsgálat előjegyzése két hét múlva:

- STD-kimutatás, pszichés támogatás, ultrahang

Száztizennégy esetben az áldozat ismerte az elkövetőt, nyolcvanhétben pedig ismeretlen a bűncselekmény tettese. Hetvenöt esetben (huszonnyolc százalék) családtag volt a szexuális zaklatás elkövetője. A fiatalok negyvenöt százaléka a tizenegy és tizennégy év közötti *korcsoportba* tartozott, a legfiatalabb áldozat másfél éves volt. Közülük kétszázhat áldozat *tanuló* volt, három szellemi fogyatékos, hat még óvodás, huszonegyen már dolgoztak, és harminc áldozatot eltartottak vagy munkanélküli volt. A nagy arányban (huszonnyolc százalék) előforduló családon belüli erőszak esetében az *elkövető* az édesapa (negyvenkilenc százalék), vagy a mostohaapa (harminckét százalék) volt.

A *bűncselekmények gyakoriságát* elemezve megállapítható, hogy az esetek több mint negyedében (huszonkilenc százalék) a szexuális zaklatás ismétlődött. Az egyszeri esetek elkövetésének időpontját tekintve kiderül, hogy a szexuális bűncselekmények legtöbbször délután és éjszaka történnek, legin-

kább a nyári és a téli szünidő alatt, amikor a gyermekek az iskolai szünidejüket töltik. A *cselekmények* helyszínét vizsgálva kiderült, hogy a bűncselekmény az esetek huszonhat százalékában az áldozatok otthonában történt. 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: az esetek hetvenegy százalékában hüvelyi coitus történt, huszonkilenc százalékában szexuális fajtalanzkodás, míg az esetek harminckét százalékában mindezt fizikai sérülés is kísérte. Az *elkövetés és a klinikai vizsgálat között eltelt idő* hossza változó volt, százharminc áldozat esetében (negyvenkilenc százalék) azonnali, adekvát, sürgősségi ellátást tudtunk nyújtani, negyvennyolc lány (tizennyolc százalék) hetvenkét órán belül jelentkezett, míg nyolcvannyalc (harminchárom százalék) áldozat esetében csak hetvenkét órán túl került sor a szakszerű vizsgálatra.

Az áldozatok *fizikális vizsgálata* során a következő szempontokra összpontosítottunk: az esetleges sérülések meghatározása és sebészi ellátása, igazságügyi bizonyítékok gyűjtése, spermiumkutatás és mintavétel a korábban leírt szempontok alapján. A vizsgált esetek között két terhességet találtunk. Fizikai sérülést nyolcvanöt esetben (harminckét százalék) detektáltunk, ezek közül kettő igényelt sebészeti ellátást. Az utóbbi két eset egyikében az édesapa által megerőszakolt másfél éves kislánynál a vulvát és rectumot érintő gátrepedést észleltünk.⁸ A laboratóriumi vizsgálatok negyven esetben (tizennyolc százalék) igazolták spermiumok jelenlétét.

Büntetőeljárás: a húszéves vizsgálati időszak alatt a szexuális bántalmazást százhuszonhét esetben követte feljelentés és bírósági, büntetőeljárás. A jogerősen elítélt elkövetők száma hatvannyolc volt, ez az esetek huszonhat százaléka. Az elítéltek ügyében harminckét esetben nemi erőszak volt a vád, hatban természet elleni fajtalanzkodás, míg harminc esetben fiatalkorú megromlása szerepelt a vádiratban.

A szexuális bántalmazás áldozatait a szerint is csoportosíthatjuk, hogy az elkövető a családi vagy ismerős körből kerül ki, vagy az áldozat számára ismeretlen tettesről van szó. Az orvosi terminológiában az előbbi csoportra gyakran a zaklatás, molesztálás, szexuális bántalmazás kifejezést alkalmazzuk, míg a második csoportot ért sérelmet leegyszerűsítve nemi erőszaknak nevezzük, ami azonban a jogi fogalom meghatározásnak nem felel meg. Az

⁸ John McCann – Joan Voris – Mary Simon: Genital injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics*, vol. 89, 1992, pp. 307–317.

esetek nagy részében (hatvannyolc százalék) erőszaknak nyoma sincs, mivel a gyermekeket molesztálók a gyermekek által ismert, szeretett és bizalmat keltő személyek voltak. Hetvenöt esetben (huszonnyolc százalék) a szexuális bántalmazással vádolt személy családtag volt, a bűncselekmény otthon történt. Ezekben az esetekben az első vizsgálat szinte mindig késik, a gyermek nem árulja el a szeretett egyént, így az esetek túlnyomó többségében igazságügyi bizonyítékot sem lehet találni. Ezekben az esetekben típusos a bűncselekmény többszörös előfordulása (huszonkilenc százalék). Mivel a gyermek csak későn vagy egyáltalán nem fedi fel a közös titkot, így a vizsgálat az eltelt idő hossza miatt nem képes a korábbi trauma jelét dokumentálni. Bizonyított tény, hogy az egyszerű, nem teljes szűzhártyaszakadás kilenc, a teljes szakadás huszonnégy–harminc nap alatt spontán meggyógyul.⁹

A szexuális zaklatás utáni fizikális leletek hiányának vagy alacsony számának további oka a szexuális molesztálás természete. A bűncselekmény legtöbbször nem társul olyan erős fizikai kontaktussal, hogy az fizikai tüneteket, észrevehető sérüléseket hozzon létre (érintkezés nélküli formák, orális abúzus, pornográf fotók). Egy amerikai tanulmány szerint százkilencvenkét hüvelyi behatolással járó szexuális erőszakon áteső lány közül mindössze négy (két százalék) mutatott egyértelmű tünetet, mint szűzhártyaszakadás, -perforáció¹⁰. Külön figyelemmel kell kísérni azokat az eseteket, amikor az elkövető családtag. A vizsgálati periódus alatt hetvenöt ilyen esetet találtunk. A legtöbb áldozat tizenegy és tizennégy éves volt, míg a legfiatalabb alig volt másfél éves. Mivel ezek az arányok bizonyára csak a jéghegy csúcsát képviselik, az aktuális szám minden bizonnyal a hetvenöt többszöröse. Ilyenkor a legtöbb esetben a fiatalkorú lány állandó fenyegetettségről számol be; megveri, megbünteti az elkövetőt, ha bárkinek mesélni mer a cselekményről. „14 éves kislányt veréssel megfenyegettek, majd egy hét alatt kb. hússzor közösültek 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.

⁹ Uo.

¹⁰ Susan S. Glander – Mary Lou Moore – Robert Michielutte – Linn H. Parsons: The prevalence of domestic violence among women seeking abortion. *Obstetrics & Gynecology*, vol. 91, 1998, pp. 1002–1006.

Ezért nem mernek feljelentést tenni, sajnos az édesanyák rendszerint túl későn szereznek tudomást a helyzetről. Ugyanakkor ők maguk is félnek a hátrányos anyagi helyzettől, mindazon gyötrelmekről, amelyek a családra várnak, ha a családfőt mint fő pénzkeresőt esetleg a börtönbe juttatják. Ez veti meg az alapját a többszörös, titokban maradt, folytatólagosan elkövetett szexuális bántalmazásnak. A szexuális zaklatások legtöbbször nyáron és télen következnek be, amikor a gyermek iskolai szünetét élvezi (az esetek ötvennégy százaléka nyáron, huszonegy százaléka télen).

Vannak olyan *rizikófaktorok*, amelyek hajlamosabbá teszik a gyermekeket a szexuális zaklatásra. Így könnyebben áldozattá válik a fiatal, ha elvált szülők gyermeke; ha mostoha szülő van a családban; ha tinédzserkorúak a gyermek szülei; ha maga a gyermek fogyatékos vagy pszichológiailag sérülékenyebb az átlagnál; ha magára hagyott, izolálódott; ha az édesanyja elfoglalt; ha csekélyek a párkapcsolatról alkotott ismeretei; esetleg drogot vagy alkoholt fogyaszt. 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 szünetben a gyermekfelügyelet nem megoldott.

A családon belüli bántalmazással ellentétben az idegen elkövető által okozott szexuális bántalmazás áldozatai (harminchárom százalék) rendszerint azonnal jelentkeznek az orvosnál, és nagy százalékukban találhatók igazságügyi bizonyítékok. Betegünk között idegen elkövető volt nyolcvanhét esetben (harminchárom százalék), közülük negyven esetben (tizenöt százalék) volt kimutatható spermium a hüvelyi keneteken. Ezeket az áldozatokat valamelyik családtag kíséri, az azonnali vizsgálat elvégezhető. Az igazságügyi bizonyítékok gyűjtése a szexuális bántalmazás után hetvenkét órán belül nagyobb valószínűséggel eredményre vezet, de a DNS-technika bevezetése óta ez az idő napokkal, hetekkel is kitolódhat.

Az elmúlt húsz évben kétszázhatvanhat esetet százhuszonhét alkalommal (negyvennyolc százalék) követett rendőrségi feljelentés. A jogerősen elítéltek száma hatvannyolc volt (huszonhat százalék). Az elkövetők elleni büntetőeljárás évekig zajlott. A feljelentések és a büntetőügyek alacsony száma és a magyar igazságszolgáltatásban ismert hosszú döntési idő akadályozza az események ismétlődésének vagy hasonló bántalmazások bekövetkezésének hatékony megelőzését.

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. 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.¹¹ A szülőknek, az iskolai nevelőknek és az orvosoknak egyaránt fel kell figyelniük a gyermekkel való rossz bánásmódra, az esetleges szexuális bántalmazására utaló apró jelekre. A helyzetet nehezíti, hogy a testi jelek hiánya nem zárja ki a bántalmazás lehetőségét; a jelek sokszor nem egyértelműek; az áldozattól nem várható a gyanú megerősítése, így a szakembernek minden gyanús esetben gondolnia kell a szexuális és egyéb bántalmazási formákra. Mindazonáltal senkit nem szabad alaptalanul megvádolni, tisztában kell lenni azzal is, hogy a vélt áldozat sem mindig szavahihető.¹² A bántalmazás gyanújelei a gyermek életkorával párhuzamosan eltérő formákban jelenhetnek meg, pubertáskorban még nehezebb a normális magatartás és deviáns viselkedés elkülönítése. A gyanújelek lehetnek általánosak és specifikusak, jelentkezhetnek 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 (*2. számú táblázat*). Ismernünk kell a gyanús szülői magatartások jellemzőit is: orvosi, védőnői tanácsok be nem tartása; a szülő által előadott történet nem egyeztethető össze a sérüléssel; a gyermek és a szülő által elmondott kórtörténet nem egyezik; a kórházba kerülő gyermek látogatásának elmulasztása.

¹¹ Ursula M. Peschers – Janice Du Mont – Katharina Jundt – Mona Pfürtner – Elizabeth Dugan – Günther Kindermann: Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany. *Obstetrics & Gynecology*, vol. 101, 2003, pp. 103–108.; Joyce A. Adams: Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, vol. 14, 2004, pp. 191–197.; Joyce A. Adams: Evolution of a classification scale: Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreatment*, vol. 6, 2001, pp. 31–36.

¹² Elek Balázs: A vallomás befolyásolás a büntetőeljárásban. Tóth Könyvkereskedés és Kiadó Kft., Debrecen, 2008, 180. o.; Elek Balázs: A személyi bizonyítékok megbízhatósága a büntetőperekben. *Rendészeti Szemle*, 2009/3., 87–102. o.

2. számú táblázat
A gyermeknél észlelhető általános gyanújelek

Viselkedésbeli változások

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

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

Kortárs kapcsolat, 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, ezeket a 3. számú táblázat tartalmazza. Különösen a következők esetén kell gyanakodnunk esetleges szexuális bántalmazásra: a szülő a sérülés után csak később fordul orvoshoz; a gyermek és a szülő egymástól eltérően számol be a sérülésről; a sérülés típusa nem egyeztethető össze az előadott történettel; valamint a szülő mindig más-más orvoshoz, különböző kórházakba viszi a gyermeket.¹³

A *szexuális bántalmazás nem specifikus gyanújelei* közé tartoznak az előbbieken vázolt általános viselkedési jelek, a szexuális zaklatás következményei, például alhasi fájdalom, visszatérő fájdalmas vizelés 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.

¹³ Aszódí Imre: A szexuális bűncselekményekkel kapcsolatos néhány kérdés. Magyar Nőorvosok Lapja, 2001/64., 71–74. o.; Jan Bays – David Chadwick: Medical diagnosis of the sexually abused child. Child Abuse & Neglect, vol. 17, 1993, pp. 91–110.

3. számú 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 sérülések jellemzői

- 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 (például csecsemő, kisgyermek felkartörése);
- régi törések radiológiai jelei

Az anamnéziszfelvétel és a vizsgálati leletek alapján a szexuális bántalmazás valószínűségét a 4. számú táblázatban foglaltuk össze.¹⁴

Javaslatok

az orvosi vizsgálat bizonyító erejének erősítésére

A bántalmazott gyermek *ellátása és rehabilitációja* kijelölt centrumban történjen, a leírt protokoll alapján, amelyet a következőkkel egészítenék ki.

- Rendkívüli fontosságát figyelembe véve az első vizsgálat fotodokumentáció használatával történjen. A vizsgálat során videokolposzkóp használata kifejezetten előnyös, mert az áldozat számára a vizsgálatot könnyebben elviselhetővé teszi, mivel a gyermek számára is látható a vizsgálat és a kenetvétel.
- A vizsgáló módszereket ki kell egészíteni a térd-mell helyzetben végzett vizsgálattal. Ebben a pozícióban a hüvely elülső fala eltávolodik a hátsó fal-tól és a szűzhártya vizsgálható része (posterior fourchette) a gravitáció miatt jobban láthatóvá válik. A hymenális gyűrűt a szűzhártya határának jobb megítélése érdekében sóoldattal be is nedvesíthetjük. Az igazságügyi bizo-

¹⁴ Joyce A. Adams: Sexual abuse and adolescents. *Pediatric Annals*, vol. 26, 1997, p. 299.

4. táblázat számú

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 gyermekbántalmazásra vonatkozó anamnézist adni nem tud.
- Condyloma accuminatum vagy HSV 1 okozta anogenitális léziók egy prepubertás korban lévő 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 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.
- Kétéves kor feletti áldozat esetében a genitális váladék tenyésztése: Chlamydia trachomatis pozitív.
- A genitális tájékról vett váladék: HSV 2 pozitív.
- Diagnosztizált trichomonasinfekció.

Bizonyított bántalmazás, vagy szexuális érintkezés

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

nyítékok gyűjtését ki kell egészíteni a teljes testen végzett spermiumkereséssel, Woods-lámpa használatával. Gondoskodni kell a DNS-teszt elérhetőségéről az összegyűjtött váladékok vizsgálata érdekében.

- Az áldozattal készült anamnéziszfelvétel speciális szobában, interjúszakértő által végzett módon történjen, a beszélgetést videóra kell rögzíteni.

- A bántalmazott gyermek ellátását egy multidiszciplináris csapat végezze, amelynek tagjai: orvos, szociális munkás, védőnő, gyermekjóléti szakszolgálat munkatársa, pszichiáter, pszichológus, rendőr, ügyész. A csapat tagjai időszakos rendszerességgel közösen megbeszélnek a folyamatban lévő ügyeket. A csapat tagjait, és feladataikat az 5. számú táblázat ismerteti.¹⁵

Jogi szabályozás megalkotása: a nyomozástól a bírósági tárgyalásig gyermekbarát rendszert kell kialakítani, hiszen a fiatalkorúak első találkozása az igazságszolgáltatással az egész életükre kihat. Az egész jogrendszerben szemléletváltásra van szükség azért, hogy a sértettek megfelelő bánásmódban részesüljenek, és később ne váljanak maguk is bűnözővé. A fiatalokkal kapcsolatos bánásmód javításának eszközei:

- gyermekeket érintő ügyek ténylegesen is soronkívüliséget élvezzenek;
- bírósági ügyek gyorsítása;
- életkornak megfelelő nyelvezet használata¹⁶;
- zárt kihallgatások megteremtése: áldozatbarát eljárási gyakorlat bevezetése, a videóra vett vallomást használják a bizonyítási eljárás során reviktimizáció elkerülése céljából;
- áldozatsegítés;
- bírói képzés kialakítása, amely a szükséges büntető anyagi és -eljárásjogi ismereteken túl sokkal szélesebb és mélyebb aspektusokból – a nemzetközi jogtól a pszichológiai eredményekig terjedően – közelítene a fiatalkorúakhoz;
- külön jogszabály írja le, hogy kinek és milyen formában kell a szexuális bántalmazást bejelenteni.

A mai magyar joggyakorlatban az elkövetők általában szabadlábban védekeznek, és a bántalmazó családtag egy fedél alatt marad áldozatával. Ez növeli az ismételt bántalmazás valószínűségét.

Prospektív tanulmányok végzése, amelyek egészen felnőttkorig követnék a gyermekáldozat sorsát. Ez nyújtaná a legnagyobb segítséget a gyermeket érő szexuális bántalmazás hatásának vizsgálatában.

Nem szabad elfeledkeznünk a *fiú áldozatokról* sem.

¹⁵ Angelo P. Giardino – Stephen Ludwig: Roles and responsibilities of professional team members In: Martin A. Finkel – Angelo P. Giardino (eds.): *Medical Evaluation of child sexual abuse*. 2nd ed. Sage Publ., Thousand Oaks, 2002, Chapter 11, pp. 215–231.

¹⁶ Elek Balázs: Az életkor jelentősége a gyermekkorú tanúk kihallgatásakor a büntetőeljárásban. *Rendészeti Szemle*, 2011/3., 93–111. o.

5. számú táblázat

A multidiszciplináris csoport tagjai és azok szerepe

szakma	feladat	képzettség
Nőgyógyász, gyermekgyógyász, gyermeknőgyógyász	<ul style="list-style-type: none"> – A szexuális bántalmazás felismerése és jelentése. – Orvosi fizikális vizsgálat kivitelezése és igazságügyi bizonyítékok gyűjtése. – Az áldozat orvosi kezelése, a gyermek és családja egészségének helyreállítása. – A kockázatos esetek követése. – Tanúskodás a bíróságon az általa végzett vizsgálat és gyűjtött bizonyítékok felhasználásával. – A szexuális zaklatással foglalkozó egészségügyi és nem egészségügyi szakemberek oktatása. 	A gyermekek ellen elkövetett szexuális bűncselekmények felismerésének és kezelésének ismerete
Védőnő	<ul style="list-style-type: none"> – A családi körülmények észlelése, a gyermek veszélyeztetettségének felismerése. 	Az egészséges gyermek korspecifikus jellemzőinek ismerete
Szociális munkás	<ul style="list-style-type: none"> – Családi környezet felmérése. – Kapcsolattartás a gyermekvédelmi szolgálattal, a rendőrséggel, illetve szükség esetén a gyermekorvossal és a védőnővel. 	Gyermek fejlődésének, gyermekbántalmazás jellegének és a jogi szabályozásnak az ismerete. Interjúkészítés, információgyűjtés módjának ismerete
Gyermekvédelmi szervek	<ul style="list-style-type: none"> – Bejelentések gyűjtése. – A gyermek családból való kiemelésének elindítása. – Kapcsolattartás a nyomozati szakban részt vevő szakmákkal. – Egyéni támogatás. – A család és a gyermek figyelemmel kísérése a megelőzés érdekében. 	Jogi ismeretek Együttműködési készség Gyermekehelyezés, gyermekvédelem
Rendőrség	<ul style="list-style-type: none"> – Azonnali beavatkozás a gyermek érdekében, és a gyermek védelme. – Nyomozás és bizonyítékszerzés. 	Nyomozati ismeretek
Ügyész	<ul style="list-style-type: none"> – A büntetőügyi eljárás során a gyermek védelme, pszichés károsodások megelőzése. 	Speciális szakismeretek
Ügyvéd	<ul style="list-style-type: none"> – A gyermek szükségleteinek és érdekeinek védelme az eljárás folyamán. 	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
--------------	---	--

Minden cselekedetünkben arra gondoljunk, hogy a gyerekek és fiatalok nem tárgyak. Nem csak statisztikai adatok vagy ügyek. Ők a kapocs a jelen és a jövő között. Nem veszíthetjük el őket. Ez közös felelősségünk.

Zárógondolatok

Gyakorisága, súlyos egészségkárosító hatása és az áldozatok egész életre kiható következményei miatt az elmúlt évtizedekben az orvosi és a büntetőjogi gyakorlat középpontjába került a fiatalkorúak ellen elkövetett szexuális bántalmazás.

Az előbbieken a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumának Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának gyermeknőgyógyászati rendelésén az 1986. január 1. és 2006. december 31. között megjelent tizennyolc évesnél fiatalabb szexuálisan bántalmazott lányok adatait elemeztük.

Elmondható, hogy a gyermekek elleni szexuális bántalmazással foglalkozó kutatások nagy utat tettek meg az elmúlt harminc évben. A gyermekek elleni szexuális bántalmazás már nem egy „*másik izolált gyermekgyógyászati kórkép*”, mint ahogy *Kempe* állította 1978-ban.¹⁷ A nyolcvanas években a bántalmazás bizonyításában még meghatározó szerepe volt a hymenális gyűrű átmérőjének, ma már elavult mérésnek számít. Szembetűnő a szexuális bántalmazáson áteső áldozatok vizsgálata során talált pozitív fizikai leletek gyakoriságának csökkenése. Míg a nyolcvanas években az esetek ötven százalékában volt fizikai lelet, a kilencvenes években már csak húsz százalékban, jelenleg ez az arány tíz százalék. Ez az azóta kidolgozott, nagy létszámú áldozatot felölölő tanulmányok megjelenésének is tulajdonítható. Az évek folyamán összegyűlt tapasztalat és a diagnosztika fejlődése nyomán megszerezték a bántalmazásra gyanús és nem gyanús fizikai leletek. A média hatására megnőtt az odafigyelés, előtérbe került a szexuális bántalmazás kérdése,

¹⁷ C. Henry Kempe: Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics*, vol. 62, 1978, pp. 382–389.

mindez szintén nagy lökést adott az esetek felszínre kerülésének. Mindazonáltal az elkövetők módszere is változik: óvszert használnak, megakadályozva ezzel a bizonyítás idején oly fontos spermiumkutatást.

A változó elkövetési módszerek miatt is megállapítható, hogy hazánkban a tizennyolc évesnél fiatalabbak szexuális bántalmazásának egészségügyi ellátása, társadalmi megítélése egyaránt elégtelen, ez esetenként a megvalósuló bűncselekmény bizonyításában is megmutatkozik.¹⁸ 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 elégtelen.

¹⁸ Elek Balázs: A gyermekek sérelmére elkövetett szexuális bűncselekmények büntetőjogi megítélésének egyes gyakorlati kérdései. Börtönügyi Szemle, 2003/4., 19–26. o.