

Pregunné Puskás Gyöngyi

A szexuális bűnelkövetők terápiás kezelésének tapasztalatai

Elméleti háttér

A szexualitás zavarai

Mivel az ember társadalmi lény, így szexuális érését, viselkedését a társadalmi tényezők nagymértékben befolyásolják. A társadalmi környezet korlátozó vagy megengedő volta a nemiséggel kapcsolatban jelentősen hat, bizonyos szexuális zavarok kifejezetten korlátozó környezetben jönnek létre.

A szexuális viselkedés pszichopatológiája nem kialakult, és nem egységes terület. Ennek egyik oka, hogy a szexualitás zavaraival foglalkozó tudományt egészen a harmincas évekig meghatározta a kor morálja, a kereszténység évezredes nemiségellenes szemlélete. Buda (2002) szerint számos – korábban szexuálpatológiai kórképnek tartott – viselkedésformáról kiderült, hogy elsődlegesen nem szexuális megnyilvánulás. Ide sorolja a pedofíliát is, ahol szerinte csak részjelenség a szexualitás, döntő mozzanata a veszélykereső játszma, illetve a pszichoszexuális fejlődés torzulása.

A szexuális zavarok ma mindinkább demedikalizálódnak és depatologizálódnak. Ez együtt halad a dekriminalizáció folyamatával, korábban ugyanis minden olyan szexuális megnyilvánulást, amit a szexuális patológia körébe soroltak, egyben a törvény is tiltott. Voltaképpen a humanizmus jegyében próbálták ezeket a rögzült szexuális viselkedésformákat betegségnek nyilvánítani, annak érdekében, hogy az eseteket kivonják a büntetőjog hatóköréből, s orvosi, pszichiátriai vagy pszichológiai kezelésben részesíthessék az elkövetőket. Még egy emberöltővel ezelőtt is Magyarországon bűncselekménynek számított az azonos neműek szexuális kapcsolata.

Buda (2002) a szexuális zavarok következő egyszerű osztályozási rendszerét alkalmazza:

1. A szexuális identitás zavarai és variációi;
2. Szokatlan, merev lefutású, nagy készletés töltésű habituális vagy szenvedélyszerű szexuális viselkedésmódok (ezek lényegében a pszichoszexuális fejlődés rugalmasabb formáiból állnak);
3. Pszichiátriai és szomatikus kórképekhez társuló szexuális zavarok;
4. Funkcionális szexuális zavarok és párkapcsolati nehézségek;
5. A szexualitás fejlődésével kapcsolatos megakadások és problémák – korhoz, élethelyzethez, testi állapothoz kötött enyhe, mindennapi nehézségek, amelyek konzultációval gyógyíthatók, illetve befolyásolhatók (Buda, 2002, 178.).

Buda Béla az első csoportba elsősorban a transzszexualizmust és a homoszexualitást teszi. Számunkra a második csoport az érdekes, ugyanis ide sorolja Buda a rögzült és merevvé vált szexuális kielégülési preferenciákat. Közös jellemzőjük, hogy speciális ingerek és helyzetek szükségesek a szexuális kielégüléshez. A szexualitás elsődlegesen autoerotikus jellegű, és nem partnerorientált, a partner inkább csak tárgy, eszköz. A speciális ingerigény és kielégülési forma rendszerint a pszichoszexuális fejlődés során, a serdülőkor tájékán rögzült. Az ilyen viselkedésmódokban mindig benne van az intimitástól való félelem és az egyenrangú szexuális kommunikáció helyzeteinek kerülése. Ha a személyiség képes a szexuális kapcsolatra, az rendszerint felszínes, és nem igazi vágyképlet vezérli, hanem inkább csak az adaptációt szolgálja. Az ilyenfajta viselkedésmódokban gyakran benne van a lelepleződés, a tiltás, a rajtakapás, a bűnhődés izgalma. A fő motiváció az adott magatartás folytatására lassanként ez az izgalom lesz, a tényleges szexuális kielégülés másodlagossá válik.

Ezek mellett a szexuális kielégülési formák mellett a személyiség általában jól beilleszkedik a társadalomba. A személy produktív lehet, sőt a szexualitás és a párkapcsolat terén is képes a konvencionális teljesítményekre.

Szilágyi (2005) a problematikus viselkedésminták (perverzciók, parafilák) csoportjába sorolja a pedofíliát, s a következőképpen definiálja: A pedofília, vagyis a kényszeres törekvés a serdületlen fiatalokkal való szexuális kapcsolatra legtöbbször férfiaknál fordul elő, s az utóbbi időben nagy publicitást kapott. *„Feltehetően ez egy infantilis fixáció (vagy regresszió) következménye, amelynél a pszichikus átprogramozás vezethet eredményre”* (Szilágyi, 2005. 223.).

A DSM-IV TR diagnosztikai zsebkönyv a szexuális és nemi identitás zavarokat három alcsoportra osztja: szexuális diszfunkciók, paraphiliák, nemi identitás zavarok. A szexuális diszfunkciók közé sorolja a szexuális vágy zavarait, a szexuális készenlét zavarait, a szexuális orgazmus zavarait, a fájdalommal járó szexuális zavarokat, illetve a pszichoaktív szer okozta szexuális diszfunkciót. A paraphiliák a következő kategóriákat tartalmazza: exhibicionizmus, fétisizmus, frotteurizmus, pedofília, szexuális mazochizmus, szexuális szadizmus, transzvesztita fétisizmus, voyerizmus. A nemi identitás zavarai között szerepel a transzszexualizmus, serdülőkori/felnőttkori nemi identitás zavar, gyermekkori nemi identitás zavar.

A DSM-IV valamennyi kategória kritériumaként tartalmazza, hogy a kóros késztetésnek legalább hat hónapon keresztül fenn kell állnia. A diagnosztikai zsebkönyv tehát a betegségek közé sorolja a pedofíliát.

Comer (2005) szerint kevés embert érint a paraphília diagnózisa, s a törvényvel is csak azok kerülnek szembe, akik gyerekekkel vagy kezdeményezéseiket nem viszonzó felnőttel próbálnak szexuális kapcsolatra lépni. A diagnosztizált esetek szinte kizárólag férfiak (Comer, 2005.).

Eric Fromm már 1941-ben írt arról, hogy a szexualitásból ugyanúgy válhat kényszeres tevékenység és élvezetmód, mint az alkohol- vagy kábítószer fogyasztásból. A kontrollvesztő szexualitást csak a nyolcvanas években kezdte el a laiku-

soknak és a szakembereknek egy közvéleményre is ható köre addiktív betegségként szemlélni. Fromm szerint a kényszeres szexualitás kórháttérben is – más társadalmi meghatározottságú karakterzavarokhoz hasonlóan – a spontaneitást elfojtó nevelés áll, amelyben a gyermeket előbb az érzelmek kifejezéséről, majd azok átéléséről szoktatják le, végezetül pedig arra készítetik, hogy olyan érzelmei legyenek, amelyek valójában nem is az övéi (Fromm, 1993. idézi: Kelemen, 1994).

A szexuális zavarok kialakulása okainak magyarázatára számtalan elmélet, kezelésükre számtalan módszer született, ennek ellenére vajmi kevés, kutatásokkal megfelelően alátámasztott ismerettel vagy kezelési módszerrel rendelkezünk.

Az okok általában multifaktoriálisak, többdimenziósak. Buda (2002) a pszichológiai oki tényezők között a szexuális traumákat, a korlátozó nevelést, az elmentmondásos stimulációs helyzeteket, az önértékelés zavarait, az én gyengeségét, a rögzült szexuális élményekből eredő sajátos ingerigényeket, a párkapcsolati kommunikáció vagy érzelmi viszony zavarait említi. Zavarja a szexuális fejlődést, ha a szexuális élményekben sok az anticipációs szorongás, ha a szexuális aktivitás negatív következményektől való félelemmel társul.

A pedofil személyiség

A pedofília olyan szexuális deviancia, amellyel kapcsolatosan nagyon szélsőségesen reagál az emberek többsége. Az ilyen cselekmény még a bűnözői körökben is erős negatív reakciókat vált ki. A börtönök szubkultúrájában is a hierarchia legalacsonyabb szintjére lökik a gyermekek sérelmére bűncselekményt elkövetőket, és ennek megfelelően durván bánnak velük.

Briere és Runtz (1988, idézi Selg, 1994) 193 hímnemű amerikai diákot kérdezett meg szexuális érdeklődésükre vonatkozóan. *„Több mint 20%-uk mutatott legalábbis enyhe pedofil hajlamot, mintegy 5%-uk pedig olyan egyértelműt, hogy a szerzők pedofilnak minősítették őket”* (Selg, 1994. 36.).

Louis-Morin belga szexológus szerint a közhiedelemben élő kép – undorító öregember, aki egy ártatlan kislányt egy sötét kis utcába csalogat, és ott brutálisan megerőszakolja – valójában mindenkit megnyugtat, mivel a sztereotípiát könnyen azonosítható, a forgatókönyv egyszerű. A rendelkezésünkre álló legpontosabb információ szerint azonban senkiről sem állapítható meg, hogy gyermekekkel szemben szexuális erőszakot követ el. Az elkövetők bármilyen szociális miliőhöz tartozhatnak, általában átlagos intelligenciájú emberek (Francoise Louis-Morin – személyes közlés, 1995. 03. 25.).

Az egyik legkorábbi magyar nyelvű szakirodalomban Rózsa (1977) a pedofil jellegű cselekményeket összefüggésbe hozza a szexuális neurozissal, valamint az impotenciával. A részlegesen vagy teljesen impotens neurotikus férfi tart a szexuálisan érett nőtől, és ezért, ha szociabilitása terén is hiányosságai vannak, könnyebben fordul a gyermekek felé. A szexológia ugyanakkor feltételezi a pedofil hajlamok keletkezésében a pszichoszexuális éretlenséget is. *„Az infantilis szexualitás olyan személyiségekre jellemző, akik érzelmileg gyermekek maradtak, nem szereztek meg azokat a másik nemre vonatkozó benyomásokat, amelyek feltételei az egészséges szexuális fejlődésnek”* (Rózsa, 1977. 236.).

Rózsa még azt írja, hogy a gyermekek sérelmére elkövetett szexuális cselekmények tetteseinek jelentős része idős személy. Az újabb kutatások cáfolták ezt a tézist.

Tomasovszki László klinikai szakpszichológus szerint (Gyárfás, 2005) az elkövetők személyiségjegyeit tekintve csak töredékük pszichiátriai eset, de jellemző az alacsony önértékelés, a negatív énkép, a szorongásos magatartás, az érzelmi labilitás. Általában a külső körülmények vezetik őket, és nem a belső elhatározások, tipikus náluk a depresszió, a szociális elszigeteltség, a boldogtalanság.

Kelemen (1994) szex-addiktoknak nevezi azokat, akik szexualitása kontrollvesztő. Igen gyakran gyermekkori abúzusok, traumák (becsapás, elutasítás, nem kapta meg azt, amire szüksége lett volna) áldozatai, „*akik a bántalmazások nyomán megtanulták mintegy elszibbasztani, »érzésteleníteni« – ezáltal tagadni – az érzelmeiket. Vágnak ugyan a bensőséges kapcsolatra, de minél közelebb kerülnek valakihez, annál jobban félnek az elnyeléstől, bekebelezéstől, saját egyéniségük megfojtásától. Az eltávolodás egy ponton túl viszont az elhagyástól való rettegést kezdi gerjeszteni bennük. Igazi szükségleteik, vágyaik felismerésére nem képesek, azokat valamilyen helyettesítő érzelem fedi el*” (Williamson, 1989. idézi Kelemen, 1994. 86.).

Elek (2003) bírói gyakorlatából azt vonja le, hogy az elkövetők személyiségére nem lehet túlzottan széleskörű következtetéseket levonni, de talán kijelenthető, hogy a tettesek személyiségében gyakoriak az abnormális vonások. A nemi erkölcs elleni bűncselekmények vádlottjainak elmeorvos-szakértői, valamint pszichológus-szakértői vizsgálata legtöbbször megállapít valamilyen testi vagy szellemi fogyatékossgot, gyengeelméjűséget, érzelmileg, indulatilag labilis vagy alacsony szinten fejlett személyiséget, vagy legalább az erkölcsi élet sivárságát.

Németh (2001) szerint tipikus pedofil személyiség nincs: mindenfajta környezetben és mindenféle foglalkozási körben előfordulhat. Az elkövető lehet egyedül élő személy vagy házasságban élő családapa. Megbélyegzésük hosszú távú, gyakran egy életre szól. Abban azonban biztosak lehetünk, hogy a pedofilokkal szembeni, reflexszerűen durva, és így a társadalom életéből kirekesztő fellépés nagyon kétes kimenetelű.

Németh (2001) tizennégy rendőrkapitányságtól gyűjtött adatokat a pedofil bűncselekményekről. Azt tapasztalta, hogy „*az eljárás során bevont szakértő gyakran állapított meg diszharmonikus személyiséget, vagy zavart szexuális beállítódást. Nem volt jellemző a büntetett előélet sem. Ha mégis volt kriminális előzmény, az elsősorban vagyon elleni bűncselekményt jelentett*” (215.).

A nemi erkölcs elleni bűncselekmények büntetési tétele igen magas: alapesetben is 2-8 év börtönbüntetést jelent, de ha a sértett az elkövető nevelése, gondozása alatt áll, 5-10 év is lehet, illetve, ha a gyermek 12 év alatti, a büntetési tétel 5-15 év. 2001. november 1-én a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben összesen 729 főt (697 férfit és 32 nőt) tartottak fogva szexuális jellegű bűncselekmény miatt elítélve.

St-Yves és Pelletin (2000) kutatása értelmében „*a szexuális bűnözők kb. 50%-a maga is szexuális bűncselekmény áldozata volt*” (174.).

A legtöbb gyermek molesztálására családon belül kerül sor. A gyermekét molesztáló szülő vagy nevelőszülő legtöbbször nem pedofil. Az apák és mostohaapák többsége csak úgynevezett szituációs elkövető. Dr. Tomasovszki László igazságügyi szakértő szerint a gyermeküket molesztáló szülők között megfigyelhető, hogy általában azok vetemednek rá, akik a gyermek születése utáni első három évben nem alakítottak ki szoros viszonyt a gyermekkel. Elvileg ekkor alakul ki ugyanis a szülői felelősség érzése. Másik tipikus eset, amikor az egyik házaspár (többször az anya) nem tudja betölteni valamilyen okból a házastársi szerepét (Gyárfás, 2005.)

Szilágyi (2005) szerint a szexuálisan visszaélő felnőtteket a legkülönbözőbb tényezők motiválhatják a visszaélésre, ám ezek között csak az egyik az ún. pedofil hajlam, vagyis felnőtt partner helyett gyermekkorú partnerek kényszeres kedvelése és keresése. Ezek többször férfiak, aki pszichoszexuális fejlődésükben infantilis maradtak, felnőttekkel szemben gátlásosak, a gyermekekkel viszont könnyen szót értenek, s velük kezdenek szexuális játékot.

A pedofil kapcsolatok többször nem jutnak el a közösülésig, hanem csak olyan petting-szerű játékokból állnak, mint a nemi szervek simogatása vagy szájjal ingerlése. Ha a szülő véletlenül tudomást szerez a visszaéléseiről, gyakran nem mer feljelentést tenni a bizonyítás hiányától és a botránytól való félelmében. Ha ez mégis megtörténik, a sorozatos kihallgatások és megszégyenítések gyakran több kárt okoznak a gyermeknek, mint maga a szexuális visszaélés, aminek tiltott voltáról esetleg fogalma sem volt. *„A pedofil hajlam csak nehezen, hosszas egyéni és csoport pszichoterápiával gyógyítható, amire különlegesen képzett szexuálterapeuta-team kellene, a börtönbüntetés ugyanis senkit sem gyógyít meg”* – vélekedik Szilágyi Vilmos (Szilágyi, 2005, 233.).

Szilágyi (2005) a családon belüli incestust elkövetőket nem sorolja a pedofilok közé. Azt tartja, hogy ezek a férfiak a feleségükkel megromlott szexuális kapcsolat miatt használják „pótpartnerként” lányukat. Ez akár évekig is tarthat, és komoly lelki traumát okoz a gyermeknek. Az apáknak eleinte büntudatuk van emiatt, de később ezt elfojtják, és gyakran hallgatóságos büntársukká teszik a családtagokat, akik a botránytól és a családbomlástól való félelmükben szintén elfojtással élnek. Ilyenkor elsősorban családterápiára lenne szükség.

Hayez (1997) nem tartja szükségesnek az incestust elkövetők elkülönítését a pedofiloktól. Az aktus elkövetését kiváltó speciális intrapszichikus összetevők vizsgálatakor azt tapasztalta, hogy bárki bármelyik kategóriába kerülhet. A statisztikáknál fontosabbnak tartja ezen személyek egyéni terápiáját, amely során feltárhatók az ide vezető okok. Nem tartja szükségesnek mereven elhatárolni a különböző típusú kezeléseket – miszerint pl. az incestust elkövető apáknak családterápiára, a többi pedofilnak a szexuális bűnelkövetők terápiájára lenne szüksége.

Comer szerint a pedofília serdülőkorban kezdődik, igen gyakran olyan egyéneknél, akik gyerekkorukban maguk is szexuális bántalmazás áldozatai voltak. *„Előfordul, hogy olyan házaspárokról van szó, akik megromlott családi életükre és mellőzöttségükre ilyen felülkerekedéssel akarnak kárpótlást szerezni, de gyakran szerepet játszik az alkoholabúzus”* (Comer, 2005. 449.).

Az orvosok egy része éretlen személyiséget feltételez elsődleges okként a háttérben, gyengén fejlett szociális és szexuális készségeket, amelyek következtében a beteg heves szorongást él át a normális szexuális kapcsolatnak még a gondolatától is. Gyakran jellemző rájuk a hibás gondolkodás, például az, hogy „*Nyugodtan létesíthetek szexuális kapcsolatot gyerekekkel, ha egyszer ők is akarják.*”

Comer megkülönböztet *exkluzív* típusú (csak gyermekek iránt vonzódó) és *nonexkluzív* típusú pedofilokat (Comer, 2005.). Németh (2001) még kiegészíti ezt a látens pedofil kategóriájával. Ide azokat sorolja, akik maguk sem igazán tudják veszterhes nemi irányultságukat. Vagyis vannak olyanok is, akik a cselekvésig soha nem jutnak el.

Czeizel (2000) komplex pszichiátriai betegségnek tartja a pedofíliát. A multifaktoriális eredetű betegséget több genre visszavezethető hajlam és ártó külső (általában a gyermekkori családi) hatás provokálja. A pedofília létrejöttében szerepet játszó genetikai hajlamról keveset tudunk, de az ilyen jellegű kutatási eredmények publikálása hamarosan várható. A lényeg azonban az Czeizel (2000) szerint, hogy a pedofilok a betegségükről ugyanúgy nem tehetnek, mint a szívinfarktust elszenvedők. Az egyetlen különbséget a két betegség között a társadalmi veszélyesség jelenti. A gyermekek szükséges védelme és az elkövetett bűn miatt jelenleg a pedofilokat általában börtönben letöltendő szabadságvesztésre ítélik.

Czeizel (2000) három csoportra különíti el a pedofilokat – hetero-; homo- és biszexuális vonzódás alapján. A többség – mintegy kétharmaduk – az ellentétes nemű gyermekekhez vonzódik, és rájuk a tartósabb, vagyis az ugyanazon gyermek iránti vonzalom jellemző. A pedofilok egyharmada homoszexuális jellegű, és főleg a 10-13 éves fiúkhoz vonzódnak. Az ilyen kapcsolatokra inkább az alkalmi jelleg jellemző, ezért gyakoribb a partnerkeresés. A pedofil férfiak többsége csak a gyermekekhez, míg kisebb részük mind a gyermekekhez, mind a felnőttekhez vonzódik. Fontos hangsúlyozni, hogy a pedofilok egy része valóban szereti a gyermekeket, és tettét nem az ártás, bántás, ölés szándéka vezérli. Éppen emiatt a leselkedés, a tapogatás-simogatás és puszilgatás-csókolózás gyakoribb a szorosan vett szexuális atrocitásnál.

A pedofíliát Czeizel elkülöníti a családon belüli visszaéléstől. Ez a vérfertőzés kategóriájába tartozik. Végül egész más kategóriát jelentenek a gyermeket nem szerető, csupán szexuális kielégülésüket erőszakosan végrehajtó férfiak, akiknek áldozataik gyermekek is lehetnek, és akik az erőszakos nemi közömbösülésük leplezésére még akár gyilkossághoz is folyamodnak.

Mit lehet az intervenció sikerének tekinteni pedofil bűnelkövetők kezelésénél?

Az intervenció siker egyik mércéje lehet a visszaesés elkerülése. A visszaesés arányának méréséhez szükséges pontosítani néhány módszertani kérdést. Az első rögtön az, hogy mit tekintünk visszaesésnek. Általában a kutatók többsége visszaesésnek tekinti az összes szexuális bűncselekményt, akkor is, ha a típusa, vagy az áldozat jellemzői különböznek az előző cselekedettől.

A következő fontos tisztázni való, hogy milyen forrásból állapítjuk meg a visszaesés tényét. Leggyakrabban a valamely hatóság által bekövetkeztetnek nyilvánított szexuális bűncselekményt soroljuk ide. A megfigyelés időtartama a harmadik tisztázandó szempont. Egyes szerzők öt évet, míg mások tízet tartanak optimálisnak. Éppen ezért a különböző tanulmányok nehezen összehasonlíthatók. Marshall és Barbaree (1988, idézi Proulx, 1993.) olyan homogén csoportok összehasonlítását preferálják, amelyek egyetlen változó mentén különböznek, ez pedig a kezelés. Valójában azonban a tökéletes homogenitás szinte lehetetlen.

Hanson 1989-ben (Proulx, 1993.) 25 tanulmány 4 341 kezelt kliensét hasonlított össze 815 nem kezelttel. A nem kezelt 15%-os visszaesési mutatóival szemben a komplex kognitív-behavior programban részt vettek (szexuális nevelés, szociális kompetencia, szexuális preferenciák módosítása) visszaesési mutatói 10,2%-ra csökkentek. Az összehasonlítást különböző aspektusokból elvégezve azt az eredményt kapta, hogy a kognitív-behavior programban részt vettek visszaesési mutatói a felére csökkentek azokkal szemben, akik strukturálatlan csoportos programban vettek részt. Következésképpen: a kezelési programok fejlesztését támogató hozzáállás létjogosultsága igazolható, még akkor is, ha ezek a programok teljesen nem akadályozzák meg a visszaesést.

A Cseh Köztársaságban az elmúlt húsz évben kb. ezer személyt kezeltek nemi erőszak, pedofília és exhibicionizmus miatt. A kezelést egy pszichiátriai intézetben végzik. A diagnózist egy komplex szexológiai, pszichiátriai és pszichológiai vizsgálat előzi meg. A terápiás cél a bizalom és elfogadás légkörének megteremtése. A kezelés átlagos időtartama nyolc hónap, ez alatt mintegy 100 órát csoportüléseken, 300 órát pedig más pszichoterápiás foglalkozásokon vesznek részt a kliensek. A csoportterápiás módszer egyik fajtája a biografikus csoport, ahol a kisgyermekkorú élményekkel, védekező mechanizmusokkal, értékekkel, deviáns késztetések kontrolljával, valamint a társadalmi normákhoz való viszonyulás problémáival foglalkoznak. A másik fajta csoportban a betegek interperszonális problémái kerülnek előtérbe. Nem hisznek az alapvető szexuális preferenciák megváltoztatásában, csupán igyekeznek megtanítani a kezelt személyeket arra, hogyan illeszkedhetnek be konfliktusmentesen a társadalomba (Weiss, 2000.).

Az adaptációs terápia hatékonyságát is vizsgálták. A kezelésben nem részesülő szexuális bűnelkövetők mintegy 80%-a visszaesett egy évvel azután, hogy kiengedték őket a börtönből. A terápiával kezelt betegek hosszú távú követéses vizsgálatok eredményei szerint csak 17%-os visszaesést mutattak (Weiss - Zimánová - Hubálek, 1999.).

Nagyon fontos elrendő cél a betegségbelátás és erkölcsi belátás – vagyis nem lehet azzal védekezni, hogy „a gyermek is akarta”, a felelősség mindig a felnőtté!

A bebörtönzés – ellentétben azzal, amit hinni szeretnénk –, egyáltalán nem garantálja a probléma tudatosodását, és még kevésbé a visszaesés elkerülését.

Kísérlet a hazai szexuális bűnelkövetők terápiájára

Előkészületek

A Ne Bánts Világ! Alapítvány 2009 szeptemberétől terápiás csoportot indított el szexuális bűncselekményt elkövetettek, illetve ilyen készíttést érzők számára – Magyarországon először. A csoport elindításához nagyon sok előkészítő munkára volt szükség, amelyek már 2009 év elején elkezdődtek. Legnagyobb nehézség a leendő csoporttagok elérése volt. Ennek érdekében együttműködési megállapodást kötöttünk a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságával, a Fővárosi Pártfogó Felügyelői Szolgálattal, illetve együttműködést alakítottunk ki a Pest Megyei Pártfogó Felügyelői Szolgálattal. A megállapodások előkészítése több hónapos munkát vett igénybe. Kezdetben az volt az elképzelésünk, hogy a bv. intézetekben érijük el a hamarosan szabadulókat szórólapok segítségével, s kezdjük el a jelentkezőkkel a felkészítő munkát. A téma kényes jellege miatt azonban ezt a lehetőséget részben el kellett vetnünk. Korábban több hazai börtönben végeztünk kutatást a pedofil bűncselekményért elítéltek körében. Az interjúk alatt segítséget kérőkkel tartottuk a kapcsolatot, hogy azután a szabadulás után részt vehessenek a csoportban.

A pártfogó felügyelőkkel történő kapcsolatfelvétel jelentette a következő lehetséges utat. A fővárosi és a Pest megyei szolgálatokkal együttműködve körülbelül háromszor annyi emberrel találkoztunk és végeztünk előzetes felkészítő tevékenységet, mint ahányan aztán valóban részt is vettek a csoportban. A leendő csoporttagok felkészítése 2009 nyarán folyt – négy szemközti találkozókkal (az érdeklődő és a csoport egyik vezetője között).

A felkészítő interjúk alatt többen megfogalmazták félelmüket a csoport munkájában való részvételükkel kapcsolatosan. Ez az ellenállás is megerősített bennünket abban, hogy igazán hatékony beavatkozást már a börtönben elkezdett, s a szabadulás után folytatott terápia jelenthet. Így a tagok – akár kötelezettként is – már korábban megbarátkoznak a segítség eme formájával, s ismerősként fogadják a helyzetet.

A félelmek, illetve a kétségek ellenére többen jelezték, hogy szívesen részt vennének az induló csoportban. Minden leendő csoporttaggal minimum két alkalommal találkoztunk, mielőtt a közös munkát elkezdjük. A találkozásokra már a csoport későbbi helyszínén került sor, hogy mindenkinek legyen helyismerete. Páros – férfi-női – csoportvezetést terveztünk, hogy optimális feltételeket biztosítsunk a lélektani munkához. A csoportvezetéshez társamul Pekáry Lászlót, a Márianosztrai Fegyház és Börtön pszichológusát kértem fel, aki gyakorlott szakember a börtön-közegben és a pedofil bűncselekményt elkövetettek terápiájában egyaránt.

Voltak kötelezett klienseink is – nekik a bv. bíró magatartási szabályként előírta a terápiát –, de eddig a kötelezettség nehezen volt teljesíthető, hiszen nagyon kevesen foglalkoznak ezzel a speciális problémával. Ha sikerül is találni szakembert, a terápia anyagi honorálása sok kliensnek nehézséget okoz. A csoportunk-

ban való részvétel ingyenes volt, a finanszírozás egy utólagos elszámolású minisztériumi pályázatnak volt köszönhető.

A tevékenységünk ismertetésére, a szolgáltatás népszerűsítésére honlapot – www.vansegitseg.hu – hoztunk létre.

A csoportterápia céljai

A csoportfoglalkozásaink során azokra a területekre helyeztünk fokozott hangsúlyt, amelyek az eltérő szexuális viselkedés okai lehetnek (alacsony önértékelés, negatív énkép, szorongásos magatartás, érzelmi labilitás, depresszió, szociális elszigeteltség stb.). Így a főbb céljaink a következők voltak:

- a bűnelkövető viselkedés kontrollálása;
- az empátiás készség, illetve a tolerancia fejlesztése, mások elfogadása;
- felelősségteljesebb magatartás kifejlesztése;
- az ellenséges érzések feldolgozása, az érzelmek és az indulatok szabályozási képességének javítása;
- az énkép javítása, az önismeret és az önbecsülés fejlesztése;
- konfliktuskezelés, erőszakmentes kommunikáció;
- együttműködés és csapatépítés;
- stressz-kezelés (autogén tréning).

A csoportban alkalmazott módszerek

Csoportunkban alkalmaztunk kognitív-behavior módszereket, ennek legfontosabb mozzanata a szorongáskeltő ingerek listájának, leltárának összeállítása, az ingerek megnevezése jelentette (Tringer, Mórotz, 1985), mely alapját képezte a közös munkának, a terápiás cél megvalósításának, a kontroll kialakításának.

A kritikus mozzanatok minél teljesebb leltárt igényelnek, az adott problémaviselkedést befolyásoló ingerkörnyezet lehető legteljesebb feltérképezésére van szükség. A lista bővítését, újabb és újabb ingerek esetleges felvételét, minél pontosabb számbavételét a leltárban körültekintően és folyamatosan szükséges végezni, létfontosságú lehet a kliens számára, felkészítve ezen ingerek megjelenése esetén a tünetek, a további lehetőségek – fantáziák, készletések és cselekvés – megelőzésére, a kontroll megtartására. Ezt követi a készségi állapot kialakítása a majdani kontroll megtartása érdekében, majd ennek megerősítése olyannyira, hogy azt a kliens integrálni, interiorizálni legyen képes a személyiségébe.

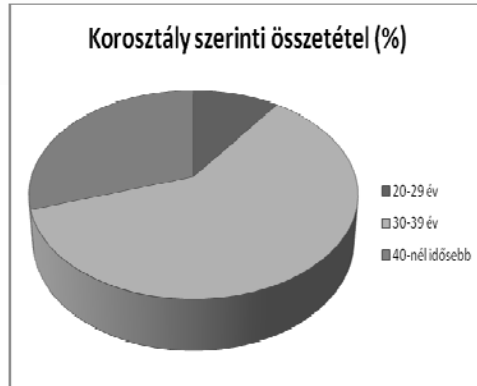
Ezt követően az autogén tréning (relaxáció) képezte a közös munka alapját, melynek árnyékában megbújva folyamatosan jelen voltak az eljárás kognitív szinten zajló, ugyanakkor a viselkedésre ható elemei (Pekáry, 2006). Ezek főként a verbalitással nyertek teret, s amelyek a relaxációs módszer feltáró és – a változást előidéző – terápiás jellegéből eredtek.

A terápia végső célja az intim, kölcsönösen gondoskodó, törődő, tiszteletet kifejező, egymás növekedését segítő kapcsolatok kiépítése. A résztvevők az önségítő csoportok bensőséges légkörében tárhatják fel negatív indulataikat, titkaikat anélkül, hogy azok, akiknek mindezt elmondják, hatalomhoz jutnának fölöttük.

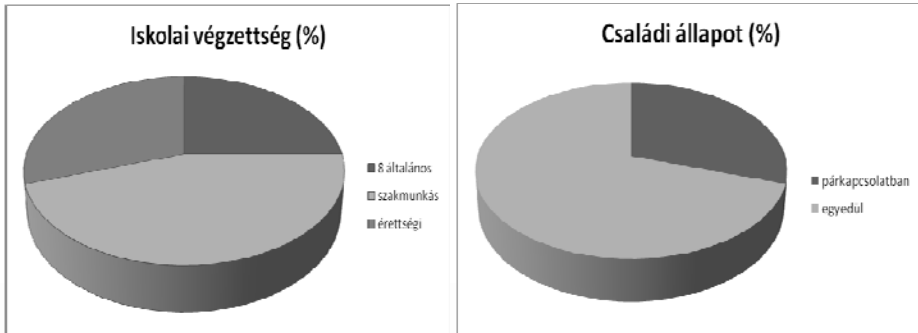
„A csoportban folyamatosan tanulható a másik teljes figyelemmel történő hallgatása, az őszinte – nem kritizáló, tanácsot osztó, kijavító vagy elemezgető – érdeklődés kifejezése, és az intim kapcsolatok ápolásának, tökéletesítésének művészete” (Kelemen, 1994, 92.).

A csoporttagok demográfiai és egyéb jellemzői

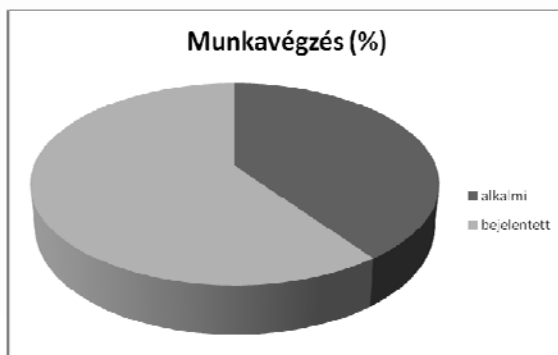
Az alábbiakban a csoporttagok korosztály szerinti összetételéről, iskolai végzettségéről, családi állapotáról, munkaviszonyáról, lakhatási körülményeiről számolok be, továbbá kitérek a csoporttagok kriminális előéletére, illetve arra, hogy – mint elkövetők – milyen kapcsolatban voltak áldozatukkal.



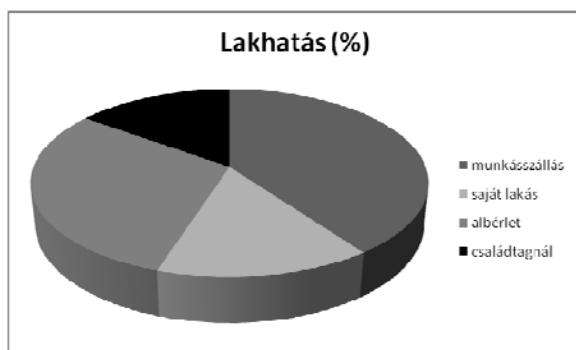
Korábban volt olyan feltételezés, hogy az elkövetők túlnyomórészt időskorúak. Ezt azzal magyarázták, hogy az idős korban jelentkező esetleges organikus károsodások a mentális kontroll csökkenésével járnak, így gyakoribbak lehetnek a deviáns viselkedési formák. Láng 2006-ban – pedofil populáción – végzett kutatásában is a 30-39 év közötti korcsoport szerepelt a legnagyobb arányban a vizsgálati mintában. Vavró (2000) kutatásában a megrontás miatt elítélt, ötven év feletti férfiak aránya 1993 és 1997 között az összes ilyen bűncselekménnyel elítélt felnőtt korúak között mindössze 7,3%-ot tett ki, ami már önmagában is alkalmas a közvéleményben „cukros bácsi” megjelöléssel emlegetett kategória veszélyességének megcáfolására.



A csoporttagjaink között nem volt felsőfokú végzettséggel rendelkező személy, nagyobbik részük egyedül élt.



A csoportba járók valamennyien dolgoztak, nagy részük rendszeres, bejelentett munkával rendelkezett. A kilenc hónap alatt előfordult, hogy egyikőjük pár hónapig munkanélküli lett, de mostanra sikerült munkát találnia. Volt olyan tagunk is, aki nagyon nehéz anyagi körülmények között élt, időszakonként tudott alkalmi munkát vállalni. Egyikük közhasznú munkásként dolgozott, s olyan is volt, aki családtagja vállalkozásában tevékenykedett minimális jövedelemért. A csoport zárásakor valamennyi csoporttagunk dolgozott.



Az anyagi körülményekkel szorosan összefüggő lakhatás sok gondot okozott csoporttagjainknak. Többen laktak munkásszálláson vagy a rokonuknál.

A táblázatokból kitűnik, hogy meglehetősen hátrányos körülmények között élnek, sok nehézséggel küzdenek csoporttagjaink. Ugyanakkor a rendszeres munkavégzéssel esélyt teremtenek maguknak anyagi helyzetük javítására. Csoporttagjaink kétharmada az elmúlt egy évben szabadult, ami indokolja mostani nehézségeiket életük újrakezdésében.

A **DO (Dominancia)** skálán kapott kezdeti 17-es értéke 48-ra emelkedett, vagyis a személy az alárendelt szerep után szociális kezdeményezőkézséget mutat, képes közösségek összefogására, szervezésére.

Az **SY (Szociabilitás)** skálán korábban 4, most 62 pontot ért el. A jelenlegi eredménye szerint könnyen és hatékonyan illeszkedik be közösségekbe, érzékeny a közösségi normák iránt, fejlett a kapcsolatalkotásra való készsége.

Az **SP (Szociális fellépés)** skála korábbi 29-es értéke most 44-re emelkedett. Ez az érték határozott fellépésű, a szociális interakciókat készségszinten szabályozó személyt mutat.

Az **SA (Önellfogadás)** skálán a 30 pont 46-re változott, az illető önmagával szembeni elégedettsége sokat nőtt.

Az **AN (Szorongás)** skálán látható talán a legszembetűnőbben a változás. Az extrém mértékben szorongó, bizonytalan ember (99 pont) a normál övezet alsó határába eső értékével teljesen kiegyensúlyozottá vált.

A **RE (Felelősségtudat)** skálán korábban kapott 28 pont 47-re történő emelkedése szintén megerősíti a kiegyensúlyozottságot.

A **SO (Szocializáltság)** skála 10 pontja 42-re változott: a szociális érettség és a szociális felelősségérzet mértéke jelentősen nőtt.

SC (Önkontroll) skála szintén fontos mutatója lehet a terápiás beavatkozásnak, jóllehet a vizsgált személy korábbi értéke itt nem esett a nagyon alacsony övezetbe (50), viszont a terápia során tovább emelkedett (68). A skála értéke szerint a vizsgálati személy képes viselkedése hatékony szabályozására, indulatai racionális ellenőrzésére, továbbá képes az alkalmazkodás szempontjából előnyös, társadalmilag értékes megoldásokhoz vezető feszültség-szabályozásra, a személyiség színvonalát emelő feszültség-loreagálásra.

ES (Énerő) skálán kapott 15 pont 70-re emelkedett, amely megint a kiegyensúlyozottság egyik fontos mutatója.

Monitorozás, visszajelzések, további célok

A program fontos eleme volt a monitorozás, amelyhez kérdőívet vettük fel minden csoportfoglalkozás végén. A kérdőíveket névtelenül – egy erre a célra rendszerezett dobozba – dobhatták be a tagok. A monitorozás célja kettős volt: egyrészt jól szemléltethette a csoporttagokban végbement változást, másrészt rávilágíthatott azokra a fejlesztésre váró területekre, melyeket a program esetleg megcélzott, de mégsem értük el a kellő hatást.

A kérdőíveken a foglalkozások felépítését, a felhasznált segédeszközöket, a foglalkozás információtartalmát, a foglalkozásvezetők felkészültségét, illetve a csoportfoglalkozást magát értékelték a résztvevők. Az általuk adott átlagos érdemjegy az egyes tételek esetében 4,0 és 4,3 között mozgott.

Fontosnak tartottuk, hogy a csoporttagok elmondhassák mind pozitív, mind negatív véleményüket, élményeiket a programmal kapcsolatban. A „Mit adott Önnek a csoport?” kérdésre számos választ kaptunk. Néhány közülük: „egy relaxációs technikát”, „egy közösséget”, „egy lehetőséget, hogy segítsen

a velem egy cipőben járó embereket és magamat”, „csoportos munkát, bizalmat, pszichológiai segítséget”, „egy nyugodt környezetet, ahol megértésre találtam és meg tudtam beszélni a problémáimat”. A „*Mi az, amit nem kapott meg?*” kérdésre jóval kevesebb válasz érkezett. A válaszok a következők voltak: „újraélelési lehetőséget”, „intimebb beszélgetéseket”, „komolyabb házi feladatot”, „elég időt a beszélgetésre”.

Részben a résztvevői vélemények alapján az alábbi célokat, illetve fejlesztésre váró területeket határoztuk meg:

- a csoportterápia folytatása, illetve elkezdése börtön-közegben;
- különböző intenzitású és összetételű csoportok működtetése;
- honlapunk fejlesztése, az internetes tanácsadás létrehozása;
- a csoportterápia kiegészítése egyéni terápiás módszerekkel;
- külföldi tanulmányutak terápiás csoportokat működtető intézményekben;
- szakirodalom fordítása;
- kutatások, utánkötés.

Összefoglalás

A külföldön már évek óta működő – és a hatékonysági vizsgálatokon eredményesnek bizonyult – terápiás csoport magyarországi bevezetését tette lehetővé a Szociális és Munkaügy Minisztérium Nők és Férfiak Társadalmi Egyenlősége Osztályának köszönhető finanszírozás. A csoportunkban alkalmazott kognitív-behavior módszert autogén tréninggel egészítettük ki. Ez a módszer bizonyult más országokban is a legeredményesebb terápiás eljárásnak ebben a körben.

Ez a negyvenórás – bevezető jellegű – program alkalmas a szolgáltatás elindítására, a közvélemény illetve közgondolkodás formálására, a segítő attitűd módszereinek kialakítására, a szükséges és esetleges partnerszervezetek bevonására, illetve feltérképezésére, a potenciális tagok elérhetőségének kialakítására, a várható nehézségek tisztázására. Egészen bizonyosan állíthatjuk, hogy nagyon fontos első lépcsőjét tettük meg egy hosszú és nem éppen egyszerű útnak, olyannak, amelynek folytatására állami garanciák kellenének a leendő áldozatok érdekében. Nagyon fontosnak tartjuk hangsúlyozni a csoporttagok motiváltságát, elköteleződését a változásra, amely biztató kezdete egy folytatódó közös munkának. Jelentős eredménynek tartjuk a kötelezett tagok ellenállásának megszűnését a csoportfolyamat alatt, elköteleződésüket a terápia iránt.

Nagyon sokat dolgoztunk (a legtöbbet) a csoporttagok elérésén. Tudtuk, hogy nagyon nehezen megközelíthető emberekről van szó, olyanokról, akik tagadják, titkolják szexuális irányultságukat, nincs terápiás kultúrájuk, nem fognak könnyen bejönni a csoportba. A munkának ez a része több hónapot vett igénybe.

Az állami költségvetésre rótt terhek ismeretében (egy ember egy éves börtönbüntetése közel három millió forint – 8000 Ft/nap, egy áldozat egyéves pszichológiai kezelése több százezer forint) azt gondolom, hogy óriási eredmény az is, ha csak egy ember nem követ el szexuális bűncselekményt.

S ha hozzátesszük azt, hogy a pedofil bűncselekmények büntetési tételei magasak – akár a 15 évet is elérhetik, máris óriási – 25-35 milliós – gazdasági előnye (is) lehet a beavatkozásnak egyetlen ember sikeres kezelésének köszönhetően. Természetesen nem szabad figyelmen kívül hagynunk az áldozatok érdekeit sem: azokat, akik elkerülik az áldozattá válást, s ezáltal az esetlegesen hosszú éveket igénybevevő pszichoterápiás kezelést az életminőség csökkenésén túl.

A személyiség-kérdőívben bemutatott vizsgálati személy beavatkozás előtti és utáni adatainak összehasonlítása megerősítették, illetve alátámasztották a terápiás kezelés hatékonyságát már ilyen rövid idő alatt is. Tartós eredményt azonban csak több éves terápiás beavatkozás hozhat, amelynek hatékonyságát a személyiség-kérdőív ismételt felvételével lehet mérni.

A csoportot 2010 szeptemberétől – források hiányában jelenleg önkéntes munkában, a csoporttagok kérésére – tovább folytatjuk. Munkánkról beszámolt a Kékfény 2010. december 13-i adása. A közszolgálati csatornán való szereplésünket a társadalom szemléletformálása szempontjából nagyon fontosnak tartjuk. Munkánk jelentőségét mutatja, hogy az internetes felületnek köszönhetően egyre többen keresnek meg bennünket olyanok is, akik nem kerültek a büntetés-végrehajtás látókörébe, de tisztában vannak saját késztetéseikkel, és segítséget kérnek.

Felhasznált irodalom

- Buda B. (2002): *Szexuális viselkedés*. Budapest, Animula.
- Comer, R., J. (2005): *A lélek betegségei – Pszichopatológia*. Budapest, Osiris.
- Czeizel E. (2000): *A pedofília korszerű értelmezése*. Belügyi Szemle, 2000. 4-5. 104-109.
- Elek B. (2003): *A gyermekek sérelmére elkövetett szexuális bűncselekmények büntetőjogi megítélésének egyes gyakorlati kérdései*. Börtönügyi Szemle, XXII. évfolyam, 2003. 4. 19-26.
- Gyárfás D. (2005): *Pedofil-profil*. Hírszerző, 2005. augusztus 17. <http://www.hirszerzo.hu/cikkprint.2644> (2008. 12. 20.)
- Hayez, J. Y. – De Becker, E. (1997): *L'enfants victime d'abus sexuel et sa famille: évaluation et traitement*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Kelemen G. (1994): *A szex-addikcióról*. Szenvedélybetegségek, II. évfolyam, 1994. 2. 84-92.
- Láng K. (2006): *Betegség vs. bűncselekmény, gyógyítás vs. büntetés – Pedofília*. Kézirat.
- Németh Zs. (2001): *A pedofília értelmezése és kezelése a büntetőjogi reakciók tükrében*. Család, Gyermek, Ifjúság, X. évfolyam, 2001. 5. 4-8.
- Pekáry L. (2006): *Az egyéni tanácsadás lehetőségei pedofil klienssel*. Szakdolgozat. Tanácsadás Pszichológia Intézeti Központ, Budapest.
- Proulx, J. (1993): *La récidive*. In: Aubut, J. et coll.: *Les agresseurs sexuels – Théorie, évaluation et traitement*. Maloine, Paris – Les Éditions de la Cheneliere, Montréal. 260-265.
- Rózsa J. (1977): *Szexuális bűnözés*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Selg, H. (1994): *A szexualitás mint fenyegetés*. Szenvedélybetegségek II. évfolyam, 1994. 1. 32-41.

- Szilágyi V. (2005): *Szexuálpszichológia tankönyv és dokumentáció*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
- St-Yves, M. - Pellerin, B. (2000): *Tettes és áldozat egy személyben. Szexuális bűnözők áldozati múltjának vizsgálata*. Belügyi Szemle, XXXVIII. évfolyam, 2000. 4-5. 174-183.
- Tringer L. - Mórotz K. (1985): *Klinikai viselkedésterápiák*. Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság.
- Vavró I. (2000): *A család, az ifjúság és a nemi erkölcs elleni bűncselekmények néhány demográfiai vonatkozása*. Szenvédélybetegségek, VIII. évfolyam, 2000. 4. 287-296.
- Weiss, P. (2000): *Pszichológiai változások a szexuális bűnelkövetők terápiás kezelése folyamán*. In *Szenvédélybetegségek - 2000*. VIII. évf. 1. sz, 30-33.
- Weiss, P. - Zimanová, J., - Hubálek, S. (1999): *A szexuális bűnözők komplex adaptációs terápiája*. Szenvédélybetegségek, VII. évfolyam, 1999. 4. 286-288.