

Nők és szerhasználat II. A trauma-fókuszú megközelítés

SZABÓ JENNIFER

Absztrakt: Az utóbbi három évtized kutatásai a felismerés után elkezdtek azonosítani a nők számára is sikeres ellátás és kezelés komponenseit, jellemzőit. Mindezek segítségével olyan ismeretanyaghoz juthatunk, amely a nők szükségleteit is figyelembe veszik a kezelésük során. A partnerkapcsolati abúzus 95%-ban a férfi a bántalmazó és minden ötödik nőt érint Magyarországon. Ezek alapján ellátásukban kritikus tényező lehet a nők a traumatikus élményekkel, főleg az erőszakkal és abúzussal való találkozása. Kutatási eredmények alapján a traumatikus élmények hatására bekövetkező szerhasználat kifejezetten jellemzi a női szerhasználat kialakulásának dinamikáját. A szerhasználó nők nagy része élt át traumatikus eseményt élete során, de a hétköznapjaikat is átíthatja az abúzus. Emellett a szerhasználatuk a trauma hatásainak enyhítésére is szolgálhat. Ezért is elengedhetetlen, hogy a női szerhasználat kezelésében a gender-érzékeny megközelítésmód mellett előtérbe kerüljön egy trauma-fókuszú szemléletmód is.

Kulcsszavak: szerhasználat, nők, nem, trauma, abúzus, erőszak, függőség

A traumaszemlélet fejlődése

Az 1980-as évek egészségügyi ellátásának sarokköve volt az a felfedezés, hogy a súlyos traumatikus események gyakran észrevehetetlen szerepet játszanak a nők fizikai és mentális egészségügyi problémáiban (Messina és Grella, 2006 in Covington, 2008). Az azóta készült tanulmányok további sora alátámasztja, hogy a nőket leggyakrabban érintő komorbid rendellenességek valamilyen traumához, traumatikus esemény átéléséhez köthetőek (Covington, 2008). A traumatikus események hatásainak vizsgálata a XX. század második felének fordulópontja volt.

Freud volt az, aki először fogalmazott meg álláspontot a gyermekkori szexuális traumák hatásairól, híres páciense Anna O. analízise során. A hisztéria etiológiájában, az akkor nőkre jellemző, hisztériának nevezett mentális állapotot a gyermekkori szexuális visszaélés megtestesülésének, tehát a gyermekkori szexuális abúzus hatásainak tulajdonította. Művét ekkor teljes alutasítással vagy hallgatással fogadta a tudományos szcéna, ami arra készítette magát Freud-ot is, hogy elutasítsa tanait és végül elhatárolódott attól, hogy a nők által átélt erőszakos élményeket analizálja (Herman, 2019).

A pszichés trauma „létjogosultságát” az első világháború katasztrofális következményei hívták újból életre. A katonákkal dolgozó pszichiátereknek tömegével kellett szembenézniük az úgynevezett „gránátsokk” jelenségével, amelyet ma már a poszttraumás stressz zavar (következőkben: PTSD) nevezünk, amely tünetei egybeestek és nagyon hasonlítottak a korábban hisztériásnak diagnosztizált nők viselkedéséhez. Ekkor ismerték el először, hogy a „gránátsokk” tüneteit valószínűsíthetően, a harcmezőn elszennvedett pszichés trauma okozza. Az állandó erőszak olyan érzelmi stressz volt számukra, amely a zavar kialakulásához vezetett. Azonban mégsem kapott akkora figyelmet, amelyet megérdemelt volna. A trauma utáni „érdeklődés” a második világháború és a vietnámi háború idején nyert ismét teret magának mind a tudományban és mind a köztudatban. Mindennek hatására 1980-ban a tudományos pszichológiában a pszichés trauma okozta tünetegyüttes valós diagnózissá vált, ami bekerült az Amerikai Pszichiátriai Társaság mentális rendellenességeket felsoroló hivatalos kézikönyvébe, a DSM-be, melynek a ma olvasható legfrissebb verziójában, a DSM-V-ben is helyet kap a poszttraumás stressz zavar (Herman, 2019).

Az 1800-as évek végén nem véletlenül ütköztek falakba a szexuális trauma kérdéseit feszegető, főképp nőkkel foglalkozó hisztériakutatások. Ekkor még nem volt központi kérdés, hogy a nők akár családon belüli, akár szexuális életének részét képezheti az erőszak. A XX. század végéig főképp a háborús veteránok pszichés állapotának vizsgálata adott háttéranyagot a traumához köthető zavarok vizsgálatához. A hetvenes években egyre erősödő feminista mozgalmakig senki nem foglalkozott azzal, hogy nem a katonák azok, akik nagyobb arányban szenvednek PTSD-ben, hanem a mindennapi életüket élő, hétköznapi nők. A magánélet szentsége, a megszegyenüléstől és a stigmatizációtól való félelem legitimizálta az otthoni erőszak mindenféle formáját. Tabunak számított arról beszélni, mi történik a négy fal között. Ezt tovább erősítette a bántalmazás okozta szégyen is, hiszen a társadalmi elvárásokba csak a boldog és kiegyensúlyozott családkép fért bele. A feminista fordulat hatására, 1975-ben létrejövő Országos Mentálhigiénés Intézet első kutatásaiban 900 nő vett részt. Mindannyiukkal mély interjúkat készítettek az erőszakkal kapcsolatos tapasztalatikat vizsgálva. Eredményeik szerint minden negyedik nőt ért már szexuális erőszak és minden harmadik nő élt át valamilyen szexuális visszaéléssel kapcsolatos cselekedetet gyermekkorában (Herman, 2019).

Ekkor elindult az erőszak fogalmi átalakulása, amely innentől kezdve a nemi erőszakot nem szimpla cselekedetnek, hanem erőszaknak, abúzusnak bélyegezte. A női mozgalmak tovább gyűrűzésével a korábban tabunak számító jelenség átalakult a köztudatban is. Az áldozatok egyre több figyelmet kaptak. A nemi erőszak szoros vizsgálata lassan kiterjedt a nőket érintő erőszak más formáira is. 1980 után azonosították, hogy a háborús veteránok és az erőszakot átélt nők tünetei megegyeznek (Herman, 2019).

A trauma

A trauma egy olyan eseménnyel vagy élménnyel kezdődik, ami meghaladja a személy, jelen esetben egy nő, normális megküzdési mechanizmusainak képességét. Az esemény hatására, olyan fizikai és pszichológiai válaszokat generálva, amik tulajdonképpen normális reakciónak tekinthetők egy abnormális vagy extrém szituációra. Mindez egy fájdalmas érzelmi állapotot eredményez, amelyet a viselkedés is lekövet. Ezek a viselkedések általánosan három kategóriába sorolhatóak: visszahúzódás, öndestruktív és destruktív viselkedés. A nők hajlamosabbak a visszahúzódást, az izolációt vagy az öndestruktív viselkedések irányába hajlani, míg a férfiakra inkább a destruktív viselkedés jellemző (Covington, 2003).

A trauma nem csak az erőszak elszენvedését jelenti, hanem magába foglalja azt is, ha erőszak szemtanúi vagyunk, de a stigmatizációt is, nemünk, rasszunk, szexuális orientációnk, szegénységünk stb. miatt. A közbeszédben az erőszak, a trauma, az abúzus és poszttraumás stressz zavar kifejezéseket sokszor felcserélve használjuk. Az abúzus röviden visszaélést jelent, az azt elkövető személy visszaél fölényével, ami lehet pl. fizikai, hatalmi, de akár mentális is. Talán az a legegyszerűbb, ha úgy gondolunk a traumára, mint az erőszakra vagy más, szörnyen negatív élményre adott reakcióra. A trauma egyszerre egy esemény és egy reakció az adott történésekre. A PTSD a traumára adott olyan reakció, ami zavarrá alakul (Covington, 2008).

A traumatikus események fő jellemzője, hogy az élet vagy a testi integritás fenyegetetté válik, emellett a traumát átélt személynek közvetlenül kell szembenéznie az erőszakkal vagy a halállal. A traumára adott reakciók akkor alakulnak ki főként, ha az egyén tehetetlennek, hatástalannak éli meg a cselekvést. A traumatikus események hosszú távú következményei lehetnek a fizioológias arousalt, az érzelmeket, a gondolkodást és az emlékezetet érintő változások, sőt akár ezek a folyamatok el is válhatnak egymástól. A traumára adott tünetek sokszor leválnak forrásukról. Az önvédelem integráltan működő rendszerét a traumás esemény megbontja. Így a trauma hatására könnyen kialakulhat a PTSD, melynek tünetei három fő csoportba sorolhatóak. A hiperarousal hatására a személy állandó veszélyérzetet él át, így folyamatos készenléti állapotban van. Az emléketörések oda vezetnek, hogy a traumatikus eseményt bármikor újból átélheti az áldozat és a beszűkülés az énvédelmi rendszer tehetetlenségének érzésével jár együtt (Herman, 2019).

A traumatikus események súlyos hatással vannak az énstruktúrára, megkérdőjelezzik a biztonságos világba vetett hitet és az énjének pozitív értékeit. A személy biztonságérzete felborul, az elidegenedés érzése, a magány és az izoláció veszi át a helyét. A traumatikus események a testi integritás szintjén a személy autonómiáját sértik. A pszichés sérülés trauma esetén nem személyiség függvénye, hanem annak meghatározója a traumatikus esemény természete. A nagyfokú rugalmassággal rendelkező személyek esetében lehetséges az, hogy viszonylag sértetlenek maradjanak trauma hatására, azonban nincs olyan személyiségjegy, amely önmagában „védelmet” jelentene (Herman, 2019).

Az ismételt és akár hosszantartó trauma a PTSD olyan formáját alakíthatja ki, amely a teljes személyiséget elnyomja. Jellemzője, hogy ezek a személyek hiperébbek, állandó szorongás és

izgatottság jellemzi őket. Ezen kívül erős pszichoszomatikus tünetek gyötörhetik őket, fennmaradnak az emléketörések. Ezen felül az izoláció, a beszűkülés még erőteljesebbé válik, ami nemcsak a kapcsolatokra, hanem a hétköznapi tevékenységekre, a gondolatokra, érzelmekre, emlékekre és a percepcióra is kiterjed (Herman, 2019).

Trauma és szerhasználat

A traumákkal foglalkozó kutatások alapján különbség van a nemek között a fizikai és szexuális abúzus veszélyeztetettségében. Mind a nők és mind a férfiak hasonlóan veszélyeztetettek gyermekkorukban, ekkor főképp a családtagoktól vagy ismerősöktől. Azonban ahogy idősebbek, a férfiakat inkább ellenségeik, haragosaik vagy idegenek bántalmazzák, míg a nőket főként hozzájuk közel álló személyek, ezek közül is leginkább a szeretőjük, párjuk vagy férjük (Covington, 2003). A bántalmazás, a nők esetében legtöbbször a szerető kapcsolatból ered, amely klinikai szempontból erőteljesen hozzájárulhat a nők mentális problémáinak kialakulásához és fokozódásához. A szeretetkapcsolatból fakadó trauma nagyobb stresszt és zavartságot okoz. Traumatizálóbb lehet attól a személytől elszenvedett abúzus, akinek szeretnie és törődnie kéne a párjával, de helyette bántalmazza, mint az, ha valaki nézeteltérések miatt vagy idegenként bántalmazza embertársát (Covington, 2008).

Az 1990-es évektől egyre több figyelmet kapott a női szerhasználat és annak specifikumai. Mindez nagyban hozzájárult ahhoz, hogy a nők is a megkaphassák a számukra legmegfelelőbb kezelést és segítséget. A traumatikus élmények hatására kialakuló szerhasználat a nőkre különösen jellemző (Kendler 2000, in Kaló, 2020). Covington és Kohen (1984) trauma és függőség témájában íródott első tanulmányaik között azt találták, hogy a függő nők 74%-a számolt be átélt szexuális erőszakról, 52% fizikai bántalmazásról és 72% érzelmi bántalmazásról. Ezenfelül, a szerfüggő nők a szexuális, fizikai és érzelmi bántalmazás esetében több elkövetőt jelöltek meg, gyakrabban és hosszabb periódusokat jelöltek ki a bántalmazásra, mint a nem függő társaik. Emellett nagyobb arányban szenvednek el incesztust.

Erős korreláció található a gyermekkori trauma és a felnőttkori mentális problémák között. A gyermekkori traumák osztályozásában, az érzelmi abúzus és elhanyagolás, a fizikai elhanyagolás, a fizikai abúzus, a szexuális abúzus, a családon belüli erőszak, a szülők válása, családtag börtönbe kerülése és a családból való kihelyezés mutatták a legerősebb együttjárást. (Messina és Grella, 2006 in Covington, 2008). A gyermekkorban elszenvedett trauma esetében később nagyobb eséllyel fordulnak mindkét nem tagjai az alkoholhoz és drogokhoz annak érdekében, hogy képesek legyenek megküzdeni az abúzus traumájával. Rich és munkatársai (2016) fiatalkorúak börtönébe került lányokat vizsgált, ahol a szerhasználat leginkább együttjáró faktor az abuzív traumatikus esemény volt. A szexuális abúzusnak kitett lányok gyakrabban számolnak be szerhasználatról, mint a kontrollcsoport tagjai. A kutatásuk fontos eleme volt az időperspektíva vizsgálata is, mely szerint az utóbbi egy évben elszenvedett trauma növelte és intenzívebbé tette a szerhasználatot a következő időszakban.

A már szerhasználó nőkre jellemzőbb a bántalmazás és az abúzus (Caetano et al., 2001, in Kaló, 2020), ami annak is köszönhető, hogy általánosan a párjuk is szerhasználó, illetve maga a szerfüggőség patológiás működésmóddhoz vezet. Ez a patológiás működésmód igen sokszínű lehet. Például a szerhasználat hatással lehet a nők ítélőképességére is azzal kapcsolatban, hogy eldöntsék az adott szituáció mennyire veszélyes, emellett maga a szer egy olyan fizikai és pszichés függőséget okoz, aminek hatására bármit megtesznek, hogy ahhoz hozzájussanak, így könnyebben kerülnek veszélyes helyzetbe. Akár szexuális cselekményeket is kínálhatnak annak cserébe, hogy pénzhez és droghoz juthassanak. A szerfüggőség hatással lehet a döntési képességükre is azzal kapcsolatban, hogy elköteleződnek vagy fenntartanak egy erőszakos partnerkapcsolatot (Stevens et al., 2009). Ennek hátterében állhat az is, hogy a nők számára kifejezetten fontosak a kapcsolatok. Így gyakran azért kezdenek szerhasználatba, hogy kapcsolatot létesítsenek vagy fenntartsák azt. Elkezdhetnek alkoholizálni vagy más drogokat használni, hogy „beilleszkedjenek” az adott kapcsolatba, főként annak érdekében, hogy a férfi partner megerősítését elnyerjék. Ezen felül a nők gyakran használnak szereket annak érdekében, hogy tompítsák a nem viszonzott, nem támogató, erőszakos kapcsolatok okozta fájdalmat. A szer megadja nekik azt, amit az aktuális kapcsolatuk nem képes, energiát, erőt, emocionális és fizikai komfortot és felszabadultságérzést nyújt számukra. A kialakult mechanizmus hatására a függő nők gyakran választanak később is olyan férfit, akiben csalódhatnak, aki nem képes megadni azt az érzelmi és pénzügyi támogatást, amire szükségük van. Ezek a nők a szerhasználat segítségével csillapítják a csalódottságukat (Covington, 2008). Amikor egy nő izolálódik másoktól, miközben egy abuzív vagy más módon traumatizáló kapcsolatba involválódik, gyakran egy depresszív spirált él át, ami csökkent vitalitást, kontrollvesztettséget, zavartságot, csökkent önértékelést és beszűkültséget eredményezhet (Covington, 2008). Mindez megfelelő táptalaj az addikció és a relapszus kialakulásához, ezért is szükséges a trauma kezelésével és a nők sajátos élettörténetével és szükségleteivel foglalkozni a szerhasználat kezelésének esetében (Covington, 2008).

A függő nők esetében jellemzően nagyobb eséllyel alakulnak ki komorbid zavarok: depresszió, disszociáció, PTSD, egyéb szorongásos zavarok, étkezési zavarok és személyiség zavarok. Ezek közül a hangulat és szorongásos zavarok a leggyakrabban előforduló, komorbid zavarok a szerhasználó nők esetében (Herman, 2019). Emellett PTSD prevalenciája akár ötször több a szerhasználók esetében, mint normál populációban. (Covington, 2008). Najavits és munkatársai (1997) eredményei alapján, a PTSD és a szerhasználat kombinált hatásaként több komorbid mentális zavart, orvosi problémát, pszichológiai tünetet, kórházi beutalást, interperszonális problémákat, alacsonyabb működésmódot, az utógondozásra gyenge motivációt és más szignifikáns életből fakadó problémát (pl. hajléktalanság, családon belüli erőszak, HIV fertőzés, gyermekfelügyelet elvesztése) találtak a mindkét zavarban szenvedő nők esetében, mint a csak PTSD-ben vagy csak szerhasználattal küzdő nőknél. Az önmedikalizációs elmélet (Cappell & Greeley, 1987) alátámasztja azt a felvetést, hogy az áldozatok, akik PTSD-vel küzdenek azért használnak különböző szereket, hogy csökkentsék a pszichés tüneteket. Habár ez a fajta megküzdés segíthet a tünetek enyhítésében rövid távon, hosszútávon krónikus PTSD-hez is vezethet. Fontos tényező, hogy a nők jellemzően másképp élik át a traumát, és a PTSD tüneteiben is különbséget mutatnak. A nőkre jellemzőbb, hogy a

PTSD kialakulását, amely trauma hatására történik, gyakran, az esetek majdnem felében követ szerhasználat is (APA,2018).

A különböző személyek különböző módon reagálhatnak az erőszakra és abúzusra, ez a nők esetében sincs másképp. Valakiben jellemzően nem alakul ki trauma, mert rendelkeznek azokkal a megküzdési mechanizmusokkal, amelyek effektívek ezekben a specifikus esetekben is. Azonban, akik nem rendelkeznek ilyen megküzdési képességgel sokszor az öndestrukció mentén a szerhasználatához fordulnak. Sok esetben a trauma kialakul, azonban nem tudatosul azonnal és ez a szerhasználók esetében megnehezíti kezelésüket. Ez főleg abban az esetben történik meg, ha az erőszakos cselekmény az adott személy számára normálisnak minősül, mint a fentebb említett párkapcsolati abúzus esetében is. A legtöbb függő nőt, akik kezelése a 2000-es évek előtt kudarcot vallott és végül visszaestek, a 2000-es években már trauma túlélőként kezelték, akik visszatértek az alkohol vagy más drogok használatához, hogy ezzel enyhítsék a trauma okozta fájdalmat. Mindez fontos mérföldkő volt annak megértésében, hogy a traumát átélt szerhasználó nők esetében, nem csupán a függőség kezelése a cél. A trauma fókuszú segítség az addikció kezelésében csökkentheti a trauma alapú visszaesés és így a hatékony kezelés valószínűségét (Covington, 2008).

Trauma-fókuszú ellátás és kezelés a szerhasználó nők esetében

Harris és Fallot (2001 in Covington, 2008) szerint a trauma fókuszú ellátás legfőbb jellemzői közé tartozik, hogy mindenekelőtt számításba és figyelembe veszi a lehetséges trauma jelenlétét, elkerüli a traumareakciók és a retraumatizáció kialakulását, a segítőknek támogatni kell a megküzdési képességek fejlesztését és azt, hogy képesek legyenek a trauma okozta tüneteket észlelni és kezelni. Covington (2008) vizsgálatában csökkentek a trauma és a depresszió tünetei is a trauma fókuszú két lépcsős programban, ami alátámasztja mindennek a fontosságát.

A nők vagy lányok számára felépített kezelés során, a kutatási eredmények azt támasztják alá, hogy az ellátásnak holisztikusnak kell lennie és „nőközpontú megközelítést” kell alkalmaznia. Az ilyen ellátást olyan környezet létrehozását jelenti – elhelyezkedést, személyzetet, programot illetően -, amely reflektál és megérti a nők és lányok életének realitását és a rájuk jellemző kihívásokra és erősségekre fókuszálnak. A holisztikus megközelítés azon dolgozik, hogy megértse a női lét minden aspektusát, mind bio-pszicho-szocio-spirituális vonalon, annak érdekében, hogy teljeskörűen megérthessék függőségük okát. A függő nők számára is tipikusan kulcstényezők kapcsolataik, ezért nagyon fontos mérlegelni a szeretteikkel, családjukkal való kapcsolatukat, a helyi közösséget és a társadalmat, amiben élnek. A kapcsolat a függő nők megértése és az effektív kezelési program létrehozása között a nőkre jellemző pszichológiai fejlődés és szükségletek egyedi jellemzőiben rejlik (Covington, 2008).

A szerhasználó nőkkel való közös munka során nagyon fontos, hogy milyen kezelési tervet használunk. Covington (2008) munkáiban különös figyelmet szentel az ilyen kezelési

terveknek. Az első ilyen a Helping Women Recover: A Program for Treating Addiction, amely egyesíti az addikció, a trauma és a női pszichológiai sajátosságokat és egy 17 üléses programot kínál, amelyben négy modult érintenek: Énkép, Kapcsolatok, Szexualitás és Spiritualitás. A Voices: A Program of Self-Discovery and Empowerment for Girls az előző kezeléssorozat fiatal lányokra átültetett verziója, 18 üléssel. A négy modul az Énkép, Kapcsolódás másokhoz, Egészséges életmód és az Előttem álló út. A Beyond Trauma: A Healing Journey for Women modellje 11 ülésből áll, amely során megtanítják a nőknek, mi az a trauma és abúzus, segítenek megérteni az erre adott reakciókat és abban is, hogy megfelelő megküzdési készségeket tanulhassanak.

Judith Herman (2019) a traumára, mint kapcsolódási zavarra tekint. A trauma központi élménye a kiszolgáltatottság és az izoláció, így az csakis a kapcsolatok kontextusában történhet meg. Az újraalakított kapcsolatokban a sérült pszichés készségeket szükséges helyreállítani. Herman szerint a gyógyulás kulcstényezője az áldozat felépülése iránti saját igénye, a túlélő belső megerősítése. A gyógyuláshoz egy három lépcsős modellt ír le, amelyek egymástól kölcsönösen függő, de nem feltétlenül lineáris sorban követik egymást. Az első ilyen lépcső a biztonság. A függőség kezelése esetében a nők főként ezen a szinten állnak és a legfontosabb szükségletük a biztonság. Egy túlélő nem érzi magát biztonságban a saját testében. Kontrollvesztettnek érzi magát az érzelmei és gondolatai felett és a kapcsolataiban szintén nem talál biztonságot. Ezért is kiemelten fontos a bizalmi légkör megteremtése a segítő és a szerhasználó között. A belső biztonságot segíthetik az adekvát önyugtató módszerek megtanítása, hogy a szerhasználat helyett, olvasással, sétával, zenével, meditációval stb. orvosolják a szorongás vagy a depresszió okozta szenvedésnyomást. Herman azt is kiemelte, hogy fontos tényező, hogy mind a csoport és mind a facilitátor nő legyen, mert a nők kevésbé szeretnek szenzitív témákat érinteni férfi jelenlétében, főként, ha férfi által szenvedték el a traumatikus eseményt. Mindez a harmadik lépcsőfokig mindenképp fontos tényező.

A következő szint, az emlékezés és a gyászolás folyamatát érinti. Ha függő nő stabilizálódott a kezelésben, akkor azt a trauma munka követi. Gyakran ez a fázis az, amiben a nők rádöbbennek, milyen élmény érte őket, mennyi veszteség és negatív érzelmek, ezért is ez az időszak érzékeny a relapszusokra. Ennek a veszélye a kiszámíthatósága miatt tervezéssel és a megküzdési mechanizmusok fejlesztésével csökkenthető (Herman, 2019).

A harmadik fázis a visszakapcsolódás, amely során az új énkép és egy új jövő perspektíva felépítése a cél. Ez a heterogén és általánosan strukturálatlan fázis, vannak olyan nők, akiknek évek is kellenek mire eljut ebbe a fázisba. Ezen a lépcsőfokon ismét az első szakasz kérdései felé fordulnak, azonban azzal a céllal, hogy visszakapcsolódjanak a környező világ dolgaihoz és működésébe (Herman, 2019).

Covington (2008) nyomán megfogalmazható néhány javaslat a nőkkel való munka során. A gender-érzékeny ellátás figyelembevétele határozottan szükséges, mert segítenek a nők életén és szükségletein keresztül felépíteni a megfelelő és leghatékonyabb kezelési lehetőségeket. Gazdasági szempontból is szükséges mindebbe investálni, hiszen a fejlődő országokat figyelve a legjobb módja a családok támogatásának a nők támogatása. Szükséges

a traumáról való informálódás, a gyermekekre és nőkre ható erőszak hatásainak megismerése, hogy mindezek alapján egy megértésre alapuló trauma-fókuszú ellátás alakulhasson ki.

Irodalomjegyzék

APA: American Psychological Association (2018). APA Guidelines for Psychological Practice with Girls and Women. Retrieved: <https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-girls-women.pdf>

Caetano, R., Nelson, S., & Cunradi, C. (2001). Intimate partner violence, dependence symptoms and social consequences from drinking among white, black and Hispanic couples in the United States. *The American journal on addictions*, 10(s1), s60–s69. <https://doi.org/10.1080/10550490150504146>. In Kaló, Zs. (2020). Bevezetés a szerhasználó nők világába. ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó. Budapest

Cappell, H., & Greeley, J. (1987). Alcohol and tension reduction: An update on research and theory. In H. T. Blane, & K. E. Leonard (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 15–54). New York: Guilford.

Covington, S. (2003). *Beyond Trauma: A Healing Journey for Women*. Center City, MN: Hazelden.

Covington, S., S., (2008) Women and Addiction: A Trauma-Informed Approach, *Journal of Psychoactive Drugs*, 40:sup5, 377-385, DOI: 10.1080/02791072.2008.10400665

Covington, S. & Kohen, J. 1 (1984). Women, alcohol, and sexuality. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 4 (1): 41-56.

Harris, M. & Fallot, R. 2001. Using Trauma Theory to Design Service Systems. San Francisco: Jossey-Bass. In Covington, S., S., (2008) Women and Addiction: A Trauma-Informed Approach, *Journal of Psychoactive Drugs*, 40:sup5, 377-385, DOI: 10.1080/02791072.2008.10400665

Herman, J. (2019). *Trauma és gyógyulás - Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*. Háttér Kiadó, Budapest

Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of general psychiatry*, 57(10), 953–959. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.953> In Kaló, Zs. (2020). Bevezetés a szerhasználó nők világába. ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó. Budapest

Messina, N. & Grella, C. 2006. Childhood trauma and women's health outcomes: A California prison population. *American Journal of Public Health*, 96 (10): 1 842-48. In Covington, S., S.,

(2008) Women and Addiction: A Trauma-Informed Approach, *Journal of Psychoactive Drugs*, 40:sup5, 377-385, DOI: 10.1080/02791072.2008.10400665

Najavits, L., Weiss, R., & Shaw, S. (1997) The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *American Journal on Addictions*, 6(4), 273-283.

Rich. S. L., Wilson. J. K. & Robertson A.A. (2016). The Impact of Abuse Trauma on Alcohol and Drug Use: A Study of High-Risk Incarcerated Girls. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2016; 25(3): 194–205.

Stevens, S. J., Andrade R. A. C. & Ruiz, B. S., (2009) Women and Substance Abuse: Gender, Age, and Cultural Considerations, *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8:3, 341-358, DOI: 10.1080/15332640903110542