

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Mag. Vesna Mejak

Dejavniki tveganja pri materah, odvisnih od prepovedanih drog

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2019

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Mag. Vesna Mejak

Mentorica: prof. dr. Vesna Leskošek

Somentorica: prof. dr. Tanja Renner

Dejavniki tveganja pri materah, odvisnih od prepovedanih drog

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2019

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem svoji mentorici izr. prof. dr. Vesni Leskošek za vso spodbudo, zaupanje in čas, ki si ga je vzela za konstruktivne komentarje in popravke, ter somentorici prof. dr. Tanji Rener za konstruktivne usmeritve. Zahvaljujem se tudi obema članicama komisije izr. prof. dr. Tanji Kamin in izr. prof. dr. Mojci Urek za vse pripombe in sugestije, ki so prispevali k bolj celostnemu pristopu doktorske disertacije.

Zahvaljujem se vsem sogovornicam in sogovornikom v intervjujih, posebej pa materam, ki so v raziskavi delile svoje intimne izkušnje in doživljanja.

Posebej pa se zahvaljujem svoji družini, Savotu, staršema, ter vsem ostalim bližnjim, ki so verjeli vame.



IZJAVA O AVTORSTVU doktorske disertacije

Podpisani/-a Vesna Mejak, z vpisno številko 21101269, sem avtor/-ica doktorske disertacije z naslovom:
Dejavniki tveganja pri materah, odvisnih od prepovedanih drog.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predložena doktorska disertacija izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela;
- sem poskrbel/-a, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem poskrbel/-a, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem pridobil/-a vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in sem to tudi jasno zapisal/-a v predloženem delu;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorski in sorodnih pravicah (UL RS, št. 16/07-UPB3, 68/08, 85/10 Skl.US: U-I-191/09-7, Up-916/09-16)), prekršek pa podleže tudi ukrepom Fakultete za družbene vede v skladu z njenimi pravili;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za družbene vede;
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko doktorske disertacije ter soglašam z objavo doktorske disertacije v zbirki »Dela FDV«.

V Ljubljani, dne 16.1.2019

Podpis avtorja/-ice: Vesna Mejak

POVZETEK: Dejavniki tveganja pri materah, odvisnih od prepovedanih drog

Predmet raziskovanja doktorske disertacije z naslovom Dejavniki tveganja pri materah, odvisnih od prepovedanih drog, so tveganja, s katerimi se soočajo matere uporabnice drog, in načini, kako se z njimi spopadajo.

Pri proučevanju konstrukcije ženskosti pri uporabnicah drog predvsem skozi njihovo materinsko vlogo smo se opirali na naslednja teoretična izhodišča: diskurz tveganja, v katerem je odgovornost za zdravje otroka pripisana materi tudi skozi medikalizacijo nosečnosti (Giddens, 1991). Znotraj tega diskurza potekajo procesi nadzorovanja, discipliniranja in reguliranja oziroma se spodbuja prostovoljna samoregulacija te skupine (Foucault, 1991; Castel, 1991; Lupton, 1992; Hunt in Wickham, 1994; Kamin 2006), konceptualizacija spola, pri kateri je določen spolni red, ki ga vzdržujejo in oblikujejo veliki sistemi in organizacije (Connell, 2012), in kjer se oblikuje ženska identiteta v odnosu do moških in do drugih žensk (Leskošek, 2002). Uporaba drog med ženskami spada v svet margine, v skupino nehegemonične ženskosti (Moi, 1999; Connell, 2012), saj lahko okužijo odnos med hegemonično moškostjo in hegemonično ženskostjo, s tem pa spodkopljejo obstoječi spolni red (Schippers, 2007). Za ohranjanje družbenega reda je treba telesa uporabnic drog nadzorovati skozi regulativne prakse (Braidotti, 1994). Gre za nadzor reprodukcije ranljivih skupin in ustvarjanje krotkih teles, ki jih je mogoče upravljati (Leskošek, 2002). Uživanje drog med ženskami pomeni prečkanje meja med tradicionalnimi konstrukti moškosti in ženskosti in neke vrste spolno umazanijo in kontaminacijo.

Večina socioloških študij o uporabi drog temelji na raziskovanju uporabnikov, spol in razlike med spoloma pa so velikokrat zanemarjeni. Raziskovanje jemanja drog pri ženskah je usmerjeno predvsem v raziskovanje škodljivih učinkov drog na nosečnost in materinstvo, pri tem pa potrebe matere pogosto ostanejo spregledane (Straussner in Covington, 2002; Anderson 2008; Ettore in Cambell, 2011). Tudi pri raziskovanju starševstva pri uporabnikih drog ostaja uporaba spola nevtralna, vendar so posledice za starševstvo pri materah hujše, saj ženske z uporabo drog razbijajo tradicionalno spolno vlogo in so bolj sankcionirane (Radcliffe, 2011).

S kvalitativno raziskavo smo poskušali ugotoviti, kako dejavniki tveganja, ki so povezani z odvisnostjo od prepovedanih drog, vplivajo na prehod v nosečnost, materinstvo ter vzgojo otrok ter ali sta nosečnost in materinstvo za ženske uporabnice drog dejavnik tveganja ali varovalni dejavnik. Za namene raziskovanja smo uporabili kvalitativno metodologijo, saj smo raziskovali nedostopno in prezrto populacijo, ki je v slovenskem prostoru še dokaj neraziskana. V raziskavi dejavnikov tveganja, ki so značilni za to družbeno skupino, smo intervjuvali 40 mater uporabnic drog, ki so bile vključene v različne programe pomoči (nizko- in visokopražne programe), katerih otroci so bili nameščeni v rejništvo ali skrbništvo ali pa so bile njihove skrbnice same. Za namen raziskave smo intervjuvali tudi 22 strokovnih delavk in delavcev na s področja zdravstva in socialnega varstva ter nevladnih organizacij, ki pri svojem delu prihajajo v neposreden stik z materami uporabnicami drog, da bi ugotovili, katere dejavnike tveganja kot strokovni delavci prepoznajo.

V raziskavi ugotavljamo, da je materinstvo pri uporabnicah drog povezano s kompleksnimi intersekcijskimi dejavniki tveganja na različnih ravneh – družbeni, socialni, strokovni ter medosebni in individualni ravni posameznice in njene družine. Škoda, ki jo prinaša kompleksnost odvisnosti, in njene posledice vplivajo na vse vidike življenja matere, njenega otroka in družine.

Ugotavljamo, da je stigma glavni dejavnik tveganja in ovira pri iskanju pomoči in ima več posledic za materinstvo in otroka kot sama droga. Prav zaradi tega uporabnice odvisnost prikrivajo, ker želijo ostati nevidne v sistemu pomoči, saj vidnost in prepoznavnost lahko potencialno pomeni, da jim bo otrok odvzet ali da bodo spoznane za ne dovolj dobre matere. Pri tem razvijejo različne strategije prikrivanja, saj želijo, da bi njihova problematika ostala nevidna tako pred strokovnimi službami kot tudi pred otroki in ostalimi pomembnimi drugimi. Prav stigma pripomore k temu, da uporabnice drog, ki bi pomoč potrebovale, te ne iščejo zaradi posledic, ki bi jo lahko imela stigmatizacija in diskriminacija. Tiste matere, ki so jih institucije prepoznale kot uporabnice drog, imajo namreč več izkušenj z obsojanjem in patologizacijo. V raziskavi prav tako ugotavljamo, da uporaba drog pri ženski vpliva na njeno identiteto, ki ostane nepovratna in vseživljenjska zaznamovanost, tudi če mati doseže abstinenco in druge spremembe. Poleg stigme so ovire pri dostopu do pomoči še partner uporabnik drog, strah pred obsojanjem in vključitvijo Centra za socialno delo v družino, pomanjkanje otroškega varstva in strah pred izgubo otroka.

V raziskavi ugotavljamo, da lahko nosečnost in materinstvo deluje kot varovalni dejavnik ali dejavnik tveganja; pri tem imajo pomembno vlogo številne okoliščine, saj je večina mater že v otroštvu in tudi pozneje v odraslosti imela izkušnjo s stresnimi in travmatičnimi dogodki, kot so: družinsko nasilje, odvisnost v družini, spolne zlorabe, partner uporabnik drog, nižja izobrazba, nezaposlenost, težave v duševnem zdravju itd.

Kljub posledicam, ki jih ima lahko vstop v institucije, pa so se intervjuvanke za ta korak predvsem v času nosečnosti odločile, da bi izboljšale zdravje otroka. Nosečnost je torej obdobje, ko so matere pripravljene veliko narediti, da bi izboljšale izide nosečnosti (zmanjšanje uživanja drog, odmik od odvisniške družbe, redni ginekološki pregledi, skrb za zdravo prehrano, prekinitev partnerske zveze ...). Soočajo se z občutki krivde, ki postanejo gonilo materinstva, predvsem ob rojstvu otroka, če se pri njem razvije NAS kot posledica uživanja substanc med nosečnostjo. To je dokaz, da mati ni dobro opravila svoje reproduktivne vloge. Pri vzgoji otroka se velikokrat poleg občutkov krivde soočajo tudi z obsojanjem družbe, da so slabe matere, še posebno če so jim otroci odvzeti. Vpliv droge na otroka je povezan predvsem s tem, v kolikšnih količinah, katero vrsto ter v katerem razvojnem obdobju zarodka jo je mati uživala. Pri tem ugotavljamo, da na starševstvo vplivajo tudi drugi dejavniki, kot so partnersko nasilje, revščina, težave v duševnem zdravju, ki pa v diskurzu odvisnosti ostajajo manj upoštevani in prezrti.

V raziskavi ugotavljamo, da v slovenskem prostoru ni na voljo programov, v katere bi se lahko vključile predvsem aktivne uživalke in matere na nadomestni vzdrževalni terapiji, saj programi odklanjajo uporabnice drog prav zaradi uveljavljenih stereotipov in predsodkov. Prav tako so v sistemu pomoči velikokrat spregledani tudi njihovi otroci, saj postanejo vidni šele, ko pride do kriznih intervencij. Nevidni za intervencije so tudi očetje, ki jih institucije manj nadzorujejo in preverjajo.

Med drugim ugotavljamo, da so pri strokovnih delavcih problem različni pogledi na uporabo drog in različne prioritete. Prav tako ni enotnih smernic in protokolov, pač pa vsak deluje po svojih metodah dela in načelih, saj primanjkuje specifično znanje o ženskah, nosečnosti in materinstvu pri uporabnicah drog. Prav izobraževanje pa bi pripomoglo tudi k zmanjšanju diskriminatornih praks znotraj sistema pomoči. Problematiko bi bilo treba sistemsko in celostno reševati na vseh ravneh družbenega delovanja ter oblikovati protokole in smernice, ki bi upoštevali individualnost in kompleksnost matere uporabnice drog in njene družine.

Ključne besede: uporaba drog, nosečnost, materinstvo, tveganje, stigma, nadzor, medikalizacija, sistem pomoči

ABSTRACT: Risk factors for drug-dependent mothers

The main focus in the thesis of my PhD dissertation entitled *Risk factors in mothers addicted to illicit drugs* is the risks which mothers who are drug users face and the approaches taken to cope with those risks.

While examining the constructions of femininity in drug users, in particular from the viewpoint of their maternal role, the following theoretical points were considered: risk discourse, in which case the mother is held responsible for the child's health even while she is undergoing the medicalization of pregnancy (Giddens, 1991). The discourse includes the processes of supervision, discipline and regulation, or voluntary self-regulation of this group is encouraged (Foucault, 1991; Castel, 1991; Lupton, 1992; Hunt in Wickham, 1994; Kamin 2006), the conceptualization of gender with the defined sexual order as maintained and formed by large systems and organizations (Connell, 2012), and where female identity is created on the basis of a woman's relationships with men and other women (Leskošek, 2002). The use of drugs among women is marginalized, it falls into the group of non-hegemonic femininity (Moi, 1999; Connell, 2012), as these women can infect the relationship between the hegemonic masculinity and hegemonic femininity, thereby undermining the existing gender order (Schipers, 2007). To maintain social order the bodies of drug users should be supervised through regulatory practices (Braidotti., 1994). This has to do with the control over reproduction of vulnerable groups and with creating docile bodies that can be controlled (Leskošek, 2002). Drug use among women is considered as crossing the line between traditional concepts of manhood and womanhood as well as a kind of sexual dirt or contamination.

Most sociological studies on drug use focus on examining the users, however, gender and gender differences are largely ignored. Research on drug use in women is based mostly on examining detrimental effects of drugs during pregnancy and later in motherhood, whereas the mother's needs are often disregarded (Straussner in Covington, 2002; Anderson, 2008; Ettore in Cambell, 2011). The use of gender is also neutral within the research of parenthood among drug users, however the mothers are faced with more negative consequences when it comes to parenting, as by using drugs, women no longer fulfil the traditional sexual role and are then disciplined more (Radcliffe, 2011).

By using the quantitative research, we tried to determine how the risk factors related to illicit drug addiction affect the transition to pregnancy, motherhood, upbringing and whether pregnancy along with motherhood can be considered a risk factor or a safety factor for female drug users. For the purposes of this research qualitative methodology was used, as it enabled us to study the inaccessible and overlooked population, still relatively unexplored in Slovenia. Within the research of risk factors typical for this social group, we conducted interviews with 40 mothers who were using drugs and were partaking in various assistance programmes (low- and high-threshold programmes), with their children either placed in foster care or guardianship or the mothers were named as their guardians. In order to determine which risk factors tend to be identified by various professionals, the research included interviews with 22 health and social work professionals and those from NGOs, who are in direct contact with mothers using drugs.

The research suggested that motherhood among drug users is related to complex intersection risk factors at different levels – social, professional, interpersonal and personal levels of an

individual and her family. The damage caused by the complexity of addiction, along with its consequences, has an impact on all aspects of life of a mother, her child and her family.

It was found that stigma is the main risk factor and an obstacle to seeking help, thus resulting in having more effect on motherhood and a child than the drug itself. This is also the reason why drug users tend to hide their addiction, they want to remain invisible in this support system, as the realization can potentially lead to their child being taken away from them or they might be seen unfit to be mothers. In doing so, the mothers develop different concealment strategies since they want to keep their issue under wraps when it comes to social services, children or any others. And this stigma proves to contribute to the fact that drug users who are in need of help, do not seek it, as they are afraid of the consequences their stigmatization or discrimination might have. The mothers who were identified as drug users by institutions have more experience with judgement and pathology. In addition, the research also found that the use of drugs in a woman also affects her identity, which can then be deemed irreversible and life-long stigmatization, even though the mother might have reached abstinence or undergo other changes. Apart from stigma, the process of seeking help is also hindered by the partner using drugs as well, by the fear of judgement and of excluding the Social Work Centre from the family, lack of childcare and being frightened of losing the child.

The research revealed that pregnancy and motherhood can be reflected as a safety factor or risk factor; numerous circumstances play a significant role here, as already in childhood and later in life many mothers face stressful and traumatic situations, such as: domestic violence, addiction in the family, sexual abuse, partner using drugs, lower education, unemployment, mental health problems, etc.

Despite the consequences entering the institution can have, the interviewees during the time of their pregnancy opted to do that in order to benefit the child's health. Pregnancy therefore turns out to be a period when mothers are willing to do a lot to improve the outcome of pregnancy (reducing drug use, moving away from circles of drug users, regular gynaecological examinations, healthy diet, breakup with a partner). They have to face feelings of guilt that manifest in the driving force behind motherhood, especially when the child is born, if he develops neonatal abstinence syndrome as a result of substance use during pregnancy. This serves as evidence that the mother did not perform her reproductive role as expected. Apart from the feelings of guilt, the upbringing of a child also involves societal condemnation in the form of denoting these women as bad mothers, especially if the child is taken away from them. The way a certain drug affects the child corresponds to its quantity, type and in which stage of prenatal development the mother consumed the drug. It was also established that the parenthood is influenced by other factors, such as intimate partner violence, poverty, mental health problems, which are not considered important enough or are simply ignored within the discourse of dependency.

This research suggests that Slovenia does not provide programmes which could include mainly active female drug users and mothers participating in substitution maintenance therapy, seeing that the existing programmes reject the female drug users precisely on the grounds of the established stereotypes and prejudices. The support system also often disregards their children, as they are taken into consideration only in the case of crisis

interventions. The fathers are also left out during interventions, seeing that they are less monitored and checked by the institutions.

Furthermore, it became evident that there is an issue of professionals sharing different views on drug use and having different priorities. In addition, there are no uniform guidelines and certain protocol, seeing that each person follows their own working methods and principles. This is the result of lacking specific knowledge on women, pregnancy and motherhood in female drug users. The educational training along these lines would decrease the extent of discriminatory treatment within the support system. The issues should be resolved systematically and comprehensively at all levels of social activity and such protocols as well as guidelines should be developed that they would take into account the individuality and complexity of a female drug user along with her family.

Key words: drug use, pregnancy, motherhood, risk, stigma, control, medicalization, system of help

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	14
	1.1 Opredelitev problema	18
	1.2 Opredelitev raziskovalne metodologije in cilji raziskave	24
2	KONCEPTUALNA IZHODIŠČA	26
	2.3 Tveganja.....	26
	2.4 Konceptualizacija spola	32
	2.5 Hegemonična moškost in ženskost	39
	2.6 Diskurz telesa.....	43
3	ŽENSKÉ IN ODVISNOST.....	49
	3.1 Opredelitev odvisnosti	49
	3.2 Razlike v uporabi drog med spoloma in posledice	56
	3.3 Zgodovina, politika in kriminalizacija uporabe drog med ženskami.....	60
	3.4 Smernice in obravnava žensk, nosečnic in mater uporabnic drog	67
4	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	72
	4.1 Vrsta raziskovanja.....	72
	4.2 Populacija in vzorčenje	76
	4.3 Raziskovalni inštrument in viri podatkov	77
	4.4 Osnovni demografski podatki o respondentih	78
	4.5 Obdelava podatkov	80
5	KONTAMINIRANO FETALNO TELO	83
	5.1 Nenačrtovana nosečnost	86
	5.2 Načrtovana nosečnost	90
	5.3 Splav	91
	5.4 Uživanje substanc v nosečnosti	92
	5.5 Strah pred posledicami pri otroku.....	98
	5.6 Strategije prikrivanja uporabe drog med nosečnostjo.....	98
	5.7 Zmanjševanje tveganj v nosečnosti	102
	5.8 Porod in rojstvo kot dogodka razkritja	106
	5.9 Posledice uživanja drog pri novorojenčku.....	108
	5.10 Poporodne stiske	112
	5.11 Porodnišnica kot prostor viktimizacije	116
6	STARŠEVSTVO IN UPORABA DROG.....	121
	6.1 Vzgoja in občutki krivde.....	126
	6.2 Uporaba drog kot družinska skrivnost.....	131

6.3	Ranljivost otrok mater uporabnic drog	135
6.4	Čustvene in vedenjske težave pri otroku	142
6.5	»Abstinenca kot ideal materinstva«	145
6.6	Strategije zmanjševanja tveganj pri otroku	149
7	PONOTRANJENA KODA MORALIZIRANEGA MATERINSTVA – ZAČARANI KROG STIGMATIZACIJE IN DISKRIMINACIJE ...	159
7.1	Občutki krivde in sramu kot gibalno materinstva	163
7.2	Stigma kot ovira pri procesu pomoči	170
7.3	Zmanjševanje stigme in obravnava	181
8	PARTNERSTVO, DROGA, NASILJE	184
8.1	Droga skupna točka partnerstva	185
8.2	Partnersko in družinsko nasilje	187
8.3	Dvojni standardi starševstva	190
9	REVŠČINA IN SOCIALNA IZKLJUČENOST	196
10	DVOREZNI MEČ SKRBNIŠTVA IN REJNIŠTVA	204
10.1	Izguba materinske vloge	207
10.2	Odrivanje misli na otroka in več substanc po odhodu otroka	211
11	MATERE UPORABNICE DROG S PERSPEKTIVE STROKOVNEGA OSEBJA	214
11.1	Potrditev moralne kode neustreznega materinstva	214
11.2	Uporaba/neuporaba drog kot ustrezno/neustrezno materinstvo	227
11.3	Problematicni diskurz o »razbitju družine«	230
11.4	Učenje starševskih veščin in podporni programi	235
11.5	Strokovne službe na različnih bregovih	237
12	RAZPRAVA	245
12.1	Stigma in strah pred izgubo otroka	246
12.2	Nosečnost in materinstvo kot varovalni dejavnik ali dejavnik tveganja	251
12.3	»Prekoračitev meje ustreznega materinstva«	255
13	ZAKLJUČEK	263
14	LITERATURA	267
15	STVARNO IN IMENSKO KAZALO	306
16	PRILOGE	310
	Priloga 1: VPRAŠALNIK ZA MATERE UPORABNICE DROG	310
	Priloga 2: VPRAŠALNIK ZA STROKOVNE DELAVKE IN DELAVCE	315
	Priloga 3: Primer kodiranja izjav	318
	Priloga 4: Ureditev izjav po kodah in združevanje v kategorije	328

KAZALO TABEL

Tabela 4-1: Primeri kodiranja	81
Tabela 4-2: Primer ureditve izjav po kodah in združevanje v kategorijo	82
Tabela 5-1: Zdravstvena škoda, povezana z uživanjem substanc v nosečnosti	93

SEZNAM KRATIC

APA	<i>American Psychological Association</i>	Ameriško združenje psihologov
ASAM	<i>American Society for Addiction Medicine</i>	Ameriško združenje za medicino odvisnosti
BZO	Benzodiazepini	
CPZOPD	Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog	
CSD	Center za socialno delo	
CZOPD	Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog	
DNK	Društvo za nenasilno komunikacijo	
EMCDDA	<i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction</i>	Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami
MTD	Metadon	
NAS	Neonatalni abstinenčni sindrom	
NICE	<i>Nacional Institute for Health and Care Excellence</i>	Nacionalni inštitut za zdravje in dobre prakse
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje	
PAS	Psihoaktivne substance	
POND	Prepoznavna in obravnava žrtve nasilja v družini	
SAMSHA	Substance Abuse and Mental Health Services, Administration	Organizacija za odvisnost od drog in duševno zdravje
UNODC	<i>United Nations Office in Dugs and Crime</i>	Urad Združenih narodov za droge in kriminal
WHO	<i>World Health Organization</i>	Svetovna zdravstvena organizacija

1 UVOD

Predmet raziskovanja so tveganja, s katerimi se soočajo matere, odvisne od prepovedanih drog, ter načini, kako se z njimi spopadajo. S kvalitativno raziskavo smo poskušali ugotoviti, kako dejavniki tveganja, ki so povezani z odvisnostjo od prepovedanih drog, vplivajo na prehod v nosečnost, materinstvo in vzgojo otrok ter ali sta nosečnost in materinstvo za ženske uporabnice drog dejavnik tveganja ali varovalni dejavnik.

Dejstvo je, da so ženske, nosečnice in matere, odvisne od prepovedanih drog, ter njihovi otroci izpostavljeni osebnim, kulturnim, socialnim in ekonomskim dejavnikom tveganja. Po mnenju številnih strokovnjakov (Kumpfer 2001; Klee, Jackson in Lewis, 2002; Carloson 2006) zaradi uživanja drog in drugih dejavnikov tveganja, ki so posredno ali neposredno povezani z odvisnostjo (težave v duševnem zdravju, stigmatizacija, nizek socialnoekonomski status) spadajo v eno najbolj ranljivih skupin prebivalstva. Čeprav ženske, ki imajo težave z odvisnostjo od prepovedanih drog, predvsem pri prehodu v nosečnost in materinstvo postajajo vse bolj vidne in prepoznavne, je to še vedno skupina, ki je potisnjena na rob družbe in o kateri se v strokovni javnosti zelo malo govori, kar velja tudi za Slovenijo. Uporabnice drog so bile veliko let skrite za diskurzom spolne slepote, saj jim strokovnjaki niso namenjali posebne pozornosti. Spolna slepota prezre in zanemari razlike med spoloma in specifične življenjskih izkušenj obeh spolov, kar vodi k sistematičnemu razvrednotenju. Pri pregledu raziskovalnih baz ugotavljamo, da so raziskave usmerjene predvsem v raziskovanje posledic, ki jih ima odvisnost na plod in otroka, manj pa v kompleksnost ženske odvisnosti. Veliko raziskovalcev (antropologov, sociologov, kriminologov) se strinja, da so bile uporabnice drog prezrte v raziskovanju in političnih debatah. Tudi študije, ki so bile narejene od 90. let prejšnjega stoletja naprej, so bile usmerjene v to, kakšna je škoda za plod in kako substance vplivajo na razvoj otroka, če mati uživa drogo med nosečnostjo (Martin in Usher, 2014).

Prepoznavnost žensk uporabnic je povečal predvsem *neonatalni abstinenčni sindrom* (v nadaljevanju NAS), ki so ga začeli bolj prepoznavati v porodnišnicah. Tudi določene smernice in opozorila so začeli prihajati iz drugih evropskih držav, predvsem pa iz ZDA, kjer se je že v 80. letih prejšnjega stoletja začela epidemija »crack babies« (crack otroci), ki je imela obsežne posledice za oblikovanje politik in kriminalizacijo žensk, ki so med nosečnostjo jemale droge. Na podlagi tega so se začeli raziskovati in oblikovati programi, namenjeni »posebnim potrebam žensk«. Kot poudarjajo Henderson in sodelavci (2008), je

bila moralna panika javnosti okrog »crack babies« usmerjena proti »grešnemu kozlu« oziroma pripadnicam manjšin. Cilj moralne panike pa je ravno to, da usmeri pozornost občinstva v individualno patologijo in proč od strukturnih neenakosti (Ettore, 2010).

Kot pravi Leskošek (2002), so posledice pomanjkanja ženskih dogodkov in imen usodne. »Ženske se lahko identificiramo le z nenavzočnostjo oziroma z neaktivnostjo, nezmožnostjo oziroma s tem, kar naj bi ženska bila in ne s tem, kar dejansko je.« (Leskošek, 2002, str. 28) Najpogostejši vlogi žensk, ki sta znani iz zgodovine, sta bili materinska in gospodinjska, v katerih so nastopale, vendar same niso spregovorile. Govorimo lahko o nenehnem zakrivanju in odkrivanju ženske zgodovine, ki bi jo lahko razumeli kot razkrivanje in odkrivanje lastne identitete. Pri tem ima pomembno vlogo spomin, ki omogoča nadaljevanje, kajti brez spomina začnemo vedno znova od začetka. Odvzemanje spomina pa je po mnenju Leskošek (2002) pravzaprav odvzemanje identitete. Tudi na področju prepovedanih drog, droge poudarjajo družbeno diferenciacijo spolnih vlog, kot temelja za razumevanje ženske deviantosti. Vendar, kot poudarja Rener (1996) tudi danes droge ostajajo družbeni problem, to je tisto, kar ljudje razumemo kot družbeni problem, kar smo pripravljeni sprejeti kot družbeni problem, oziroma so družbeni problemi socialno medijsko skonstruirane narave. Krepijo se ukrepi na področju prohibicije, in kot pravi Lukšič (1999), je droga element političnega razmerja, ker prek nje potekajo ključna hemogonska razmerja moči, ki so potrebna za konstituiranje politike. Na drogo se gleda kot na »družbeno zlo«, ki ga treba izkoreniniti in v zvezi s čimer imata medicinski in prohibicijski diskurz monopolno vlogo, saj se droga obravnava kot odklon od družbenih standardov in nesprejemljivo vedenje za oba spola. Hughes (2007) pa opozarja na dvojne standarde moške in ženske uporabe drog, saj ženske uporabnice drog, delujejo proti sprejetim normam, ki jih morajo izpolnjevati kot ženske, medtem ko je uživanje drog pri moških bolj združljivo s konstruktom moškosti (Hughes, 2007, str. 21).

Prav tako v zadnjem času, postaja nevroznanost oziroma pojem »poškodovanih možganov« monopolni diskurz na področju odvisnosti od prepovedanih drog (Anderson 2008; Ettore in Cambell 2011), pri kateri je dominantna ideologija individualizacije zdravja, kjer se skrb in odgovornost za zdravje prenese na posameznika, saj si uporabnice z uživanjem drog in specifičnim življenjskim slogom poškodujejo možgane. Lokalizacija odvisnosti na bolezen možganov pa zmanjša prepoznavanje aktivnosti in praks, ki vključujejo težave tudi v družbenih, ekonomskih, političnih in kulturnih kontekstih in dejstvo, da odvisnost živijo ljudje, ne pa njihovi možgani (Pyng Sun, 2009).

Raziskave o uživanju prepovedanih drog, ki so bile do zdaj narejene v slovenskem prostoru, se osredotočajo zlasti na tveganja, ki jih prinaša odvisnost predvsem pri uporabnikih, uživalcih prepovedanih drog, brez raziskovanja razlik med spoloma (Flaker, 2002; Kvaternik 2006). V večini raziskav je uporabljen zgolj moški spol (uživalec, uporabnik), kar v raziskavi postane univerzalno, veljavno za oba spola. Taka raba prikriva razlike oziroma neenakosti med moškimi in ženskami ter participacijo žensk v raziskavi (Leskošek, 2002). »Tako lingvistični redukcionizem zvede na en spol tudi celotno zgodovinsko dogajanje, zlasti če dogodke gledamo skozi predsodke in stereotipe, ki veljajo za poimenovanje ženskosti in moškosti. Ženske si lahko predstavljamo tam, kjer domnevamo, da bi lahko bile in ne tam kje so dejansko bile in so.« (Leskošek, 2002, str.21) Kot trdi Leskošek (prav tam), jezik postane podlaga za pridobivanje in vzdrževanje kulturne identitete in je sredstvo za reprodukcijo družbenih razlik, hkrati pa osrednji prenašalec zgodovinsko oblikovanih vrednot, pomenov in praks.

Kljub povečanju števila raziskav na področju odvisnosti od prepovedanih drog ostajajo ženske drugi spol v razvoju teorije in raziskovanja. V epidemioloških in kliničnih raziskavah je problem ženske odvisnosti omejen predvsem na »paradigmo patologije« (Moore, 2008). Raziskave o ženski odvisnosti so predvsem kvalitativne študije, ki pa so bile manjkrat objavljene v vplivnih strokovnih revijah, na katerih pa temeljijo politike in oblikovanje programov in so merilo za mainstreamovske poglede, zato ostajajo ženske teme na področju odvisnosti še vedno obrobne pomena (Martin in Aston, 2014). Pri uporabnicah drog moramo torej odkriti nevidno navzočnost ženske v prejšnjih raziskavah, oziroma kot pravi Leskošek (2002), raziskovati žensko preteklost, ki bi pripomogla k razjasnjevanju sedanosti in razumevanju odvisnosti pri ženskah. Ženske oblikujejo skrito kategorijo v večini študij o uporabnikih drog, zato je nujno, da v moško usmerjenih raziskavah postane vidna »nevidna paradigma«. Kot meni Ettore (1992), so razlike po spolu o uporabi drog konkretna manifestacija institucije spola v družbi.

V zgodovini se je problem odvisnosti povezoval predvsem z moškimi. Prevalenca odvisnosti od prepovedanih drog kaže, da je uživanje prepovedanih drog bolj povezano z moškostjo kot z ženskostjo. Zato ni presenetljivo, da je večina raziskav o odvisnosti in zdravljenju bolj usmerjena na moške. Šele v zgodnjih 90. letih prejšnjega stoletja je Svetovna zdravstvena organizacija sprejela smernice za vključitev žensk v raziskave o uživanju drog. Pred tem mnoge študije s tega področja žensk sploh niso vključevale, preostale pa so obravnavale le

razlike med spoloma v duševnem zdravju in motnjah. Do takrat je veljalo, da je razvoj in cikel odvisnosti pri ženskah in moških podoben (Surrey, 1991).

Prav zaradi tega je bilo zbiranje informacij o ženski odvisnosti veliko težje. Pogosta izoliranost in družbeni stereotipi o vlogi spolov in socializaciji žensk so prispevali k prikrivanju te problematike. Tako so politika in oblikovalci programov pomoči pogosto problem spregledali in zanikali. Programi pomoči so narejeni predvsem po meri moških, saj tudi širša družba in zdravstveni sistem problem zožita na moško perspektivo (Abbot, 1994). Šele zadnja leta je bilo predvsem v tujini (ZDA, Avstraliji) objavljenih več epidemioloških in kliničnih raziskav z vidika žensk, nosečnic in mater uporabnic drog. Predvsem feministične kritičarke poudarjajo, da so v študijah velikokrat ženske uporabnice drog v mainstreamovskih kliničnih raziskavah predstavljene kot patološke in problematična populacija, posledica pa so neuspešna normativna pričakovanja glede njihove spolne vloge (Lupton, 2012).

Narejene raziskave izhajajo iz domneve, da gre za posebno skupino, drugačno od moških uporabnikov, ki potrebuje drugačno podporo in programe. Problem reprezentacije uporabnic drog pa ima določene diskurzivne učinke, kako gledati, razmišljati in govoriti o problematiki uživanja drog pri ženskah. Odvisnost pri ženskah se še vedno predstavlja kot neuspeh spola, moralni zlom, kot socialna in psihološka nezmožnost opravljanja funkcij v okviru ženske normativnosti in heteroseksualnosti (Straussner in Covington, 2002; Anderson, 2008; Ettore in Cambell, 2011). Eden od diskurzivnih učinkov raziskovanja je, da so ženske uporabnice predstavljene kot posebna skupina. Michel Foucault (2004) je trdil, da obstajajo norme in prakse o tem, kaj je normalna oseba, ki ima težave z odvisnostjo. Normativne teorije o normah in praksah odvisnosti pa konstituirajo, kaj je nenormalno. Skozi artikulacijo in iluminacijo žensk, ki imajo težave z odvisnostjo, je nenormalno izločeno iz sence normalnega in postane predmet kalkulacije (Foucault, 2004). Raziskave predvsem poudarjajo, da so ženske, ki so odvisne od prepovedanih drog, pogoste žrtve nasilja, zlorab in zaradi tega bolj patološka populacija. Vidik tega, da ženske uživajo drogo tudi zaradi pozitivnih učinkov, večinoma ostaja neraziskan. Farse in Moore (2008) skozi obstoječe raziskave ugotavljata, da ženske še vedno ostajajo odgovorne za družbeno reprodukcijo in skrbstveno vlogo in se nanje prelega odgovornost za zdravje otrok, kar še vedno kaže na neenakost pri spolni delitvi dela. Prav tako so pri raziskavah, ki so usmerjene v posledice droge za plod, večkrat izvzeti drugi dejavniki tveganja, kot so socialnoekonomski status, socialna mreža. Še vedno ni dovolj programov, ki bi odgovorili na njihove potrebe, saj so domnevno predragi in ne dovolj učinkoviti; kot pravi Ettore (2010), gre za politično multiplo epistemološko ignoranco.

Ironično je, da čeprav ženske uporabnice drog prihajajo v ospredje kot posebna populacija, lahko ostanejo kot »druga skupina« brez potrebne pomoči.

Raziskave tudi niso pripomogle k zmanjšanju stigme in dvojnih standardov pri ženski uporabnici drog. Glavna funkcija dvojnih meril in stigme je, da čim več ljudi odvrača od uživanja drog ter s tem pomaga ohranjati družbeni nadzor, medtem ko ženskam stigma preprečuje iskanje pomoči. Tudi programi, ki so namenjeni uporabnikom drog, internalizirajo socialno stigmo (Sanders, 2012). Zahteve po normalnosti so bolj izrazito usmerjene v ženske kot v moške, zato so tudi njihove oblike vedenja, ki pomenijo odmik od družbeno priznanih norm, kamor lahko umestimo tudi uživanje prepovedanih drog, bolj sankcionirane (Zaviršek, 1992).

1.1 Opredelitev problema

Čeprav je med odvisniki več moških, imajo ženske hujše posledice na vseh življenjskih področjih, kar smo raziskovali tudi v naši doktorski nalogi. Ženske študije so se tudi v slovenskem prostoru začele pojavljati z velikim časovnim zamikom in so še vedno redkost, zato smo želeli prispevati k raziskovanju te skupine, kar bi pripomoglo k boljšemu prepoznavanju potreb tudi skozi proces pomoči. Tudi slovenske avtorice ženskih študij (Leskošek in druge, 2013) opozarjajo, da Slovenija zaostaja na področju raziskovanja žensk in ženskih dogodkov skoraj pol stoletja. Uporabnice tako ostajajo prezrte, nevidne in ne vredne raziskovanja, zato smo želeli raziskati, kateri so dejavniki tveganja, s katerimi se soočajo matere uporabnice drog, da bi v slovenskem prostoru postale bolj prepoznane. Cilj seveda ni ženske stigmatizirati in diskriminirati, temveč poudariti, da uporabnice drog potrebujejo svoje mesto na področju raziskovanja ter oblikovanja politik in konceptov pomoči. Doktorska disertacija prispeva k razumevanju žensk, nosečnic in mater uporabnic drog, je poskus dekonstrukcije družbenega spolnega reda na področju odvisnosti ter med drugim opozarja na dominacijo in hegemonijo, ki veljata v svetu drog.

Svetovno poročilo o drogah iz leta 2013 (UNODC, 2015, str. 16) ocenjuje, da je na svetovni ravni okrog četrta milijarde ljudi, starih med 15 in 64 let, že kdaj poseglo po prepovedani drogi. Ocenjujejo, da okrog 27 milijonov ljudi, starih med 15 in 64 let, trpi zaradi problematičnega uživanja drog, z zlorabo in odvisnostjo vred. Najpogosteje uživane droge so marihuana, opiodi, kokain in amfetamini. Čeprav se razširjenost uživanja drog med spoloma

po državah razlikuje, na splošno velja, da moški dvakrat ali trikrat pogosteje uživajo droge v primerjavi z ženskami. To razmerje ostaja že dlje časa nespremenjeno (UNODC, 2016, str.12). Moški pogosteje uživajo marihuano, heroin in kokain, medtem ko ženske bolj zlorablajo zdravila na recept, kot so opiodi in pomirjevala.

Evropsko poročilo o drogah, ki ga je objavil Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (v nadaljevanju EMCDDA), ocenjuje, da je v Evropi okrog 1,3 milijona problematičnih uporabnikov opiodov, med njimi jih je večina uživalec heroina (EMMCDA 2014). V Sloveniji naj bi jih bilo po nekaterih podatkih približno 4500 (NIJZ 2013). Vendar se heroin vse bolj zamenjava z drugimi snovmi, kot so sintetični opiodi.¹ Uporaba drog je eden glavnih vzrokov umrljivosti med mladimi, in sicer zaradi prevelikega odmerka drog in posredno zaradi bolezni, povezanih z drogami, ter nesreč, nasilja in samomorov. Po podatkih raziskave o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog, ki je bila v letu 2011 in 2012 izvedena med prebivalci Slovenije, starimi od 15 do 64 let, je 16,1 % Slovencev vsaj enkrat v življenju že posegla po kateri od prepovedanih drog, in sicer petina moških in 12,2 % žensk. Največ jih je poseglo po konoplji.

Statistični podatki tudi kažejo, da v zadnjih letih narašča uporaba heroina in drugih predpisanih opiodov pri obeh spolih, še posebno med ženskami (SAMSHA, 2015; EMCDDA, 2017). V Evropski uniji je po zadnjih podatkih približno 34,8 milijona žensk, starih od 15 do 64 let, ki so poročale, da so kadarkoli poskusile prepovedane droge, v primerjavi z 54,3 milijona moških (EMCDDA, 2016). Obstaja sicer nekaj metodoloških razlik pri zbiranju statističnih podatkov znotraj posameznih držav članic. O najvišji stopnji uživanja drog med ženskami poročajo iz Francije (33 %), Danske (30 %) in Velike Britanije (29 %), o najnižji pa z Malte (1 %), iz Turčije (2 %), in Grčije (4 %). Uporaba drog je višja med mlajšimi kot starejšimi ženskami (EMCDDA, 2016). Prav tako se nadaljuje trend pri mladostnikih, saj se v zadnjih letih manjšajo razlike v starosti ob prvi izkušnji z drogo med fanti in dekleti (EMCDDA 2016).

Ženske predstavljajo približno četrtno uporabnikov, ki imajo resne težave zaradi uporabe drog, in 20 % tistih uporabnikov, ki se vključijo v obravnavo (EMCDDA, 2016, str. 21). Nekateri raziskave kažejo, da imajo ženske boljši dostop do obravnave predvsem v zvezi z nosečnostjo in starševstvom. Vendar ženske pogosteje iščejo druge oblike pomoči, in sicer

¹ Sintetični opiodi, ki so nezakonito proizvedeni in izhajajo iz farmacevtskih zalog, vključujejo fentanil z zelo močnim učinkom in snovi, ki se uporabljajo pri nadomestnem zdravljenju z opiodi (metadon, buprenorfin).

zaradi zdravstvenih težav in težav, povezanih z duševnim zdravjem (depresija) (Grella, 2015). Hkrati novejša študija kažejo, da ženske v primerjavi z moškimi manjkrat poiščejo pomoč programov na področju prepovedanih drog, kar je povezano z nekaterimi ovirami, o katerih bomo govorili v nadaljevanju raziskovalne naloge; ena ključnih je prav stigma (Grella, 2015). Seveda je treba upoštevati različne pristope do pomoči znotraj držav članic, kar bi bilo treba upoštevati tudi pri pridobivanju statističnih podatkov (Arpa, 2017). Kot v večini evropskih držav je tudi v Sloveniji le malo podatkov o tem, koliko je nosečnic in mater, odvisnih od prepovedanih drog. Na podlagi razpoložljivih podatkov je bilo ugotovljeno, da obstajajo razlike v razširjenosti uporabe prepovedanih drog med nosečnicami tako med posameznimi državami kot tudi na posameznih območjih v Evropski uniji. Podatki prihajajo iz izoliranih študij, ki so uporabljale različne metodologije, zato rezultati tudi niso med seboj primerljivi (EMCDDA, 2012, str. 8).

V Sloveniji nimamo enotnega informacijskega sistema, saj nacionalne ustanove števila nosečnic in mater uporabnic prepovedanih drog ter njihovih otrok ne spremljajo kontinuirano, kar kaže, da je to še vedno marginalizirana skupina. Prvo poročilo o nosečnicah je bilo izdelano šele leta 2008, za potrebe Nacionalnega poročila o stanju na področju prepovedanih drog v RS. Analiza podatkov Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema Slovenije o številu porodnic uporabnic prepovedanih drog (NIJZ, 2013, str. 52) je pokazala, da je bilo v obdobju 2006–2007 med 38.280 ženskami, ki so rodile v Sloveniji, 99 porodnic, ki so imele v zdravstveni kartoteki vpisano diagnozo odvisnost od prepovedanih drog. Od tega jih je med zadnjo nosečnostjo drogo uživalo 25, največ v Obalno-kraški regiji. Po tem poročilu do leta 2013 niso objavljali podatkov o nosečnicah uporabnicah drog. Po zbranih podatkih iz centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog je bilo v letu 2009 v njihovo mrežo pomoči vključenih 166 mater (Mejak, 2009, str. 103). Perinatalni informacijski center Slovenije pa je v letu 2014 objavil, da je bilo med vsemi porodi v Sloveniji v letu 2013 diagnosticiranih 16 novorojenčkov z neonatalnim abstinencijskim sindromom. Podatke o novorojenčkih z NAS je center začel zbirati šele leta 1997, ko sta bila diagnosticirana dva taka novorojenčka, v naslednjih letih pa je število naraščalo, vendar ni preseglo števila 27 v letu 2011. V letu 2013 so v porodnišnicah v porodni zapisnik dodali tudi vprašanje o odvisnosti od prepovedanih drog pri porodnicah. V letu 2014 je bilo zabeleženih 91 porodnic z zgodovino odvisnosti in 47 porodnic s težavami z odvisnostjo v času poroda. Po podatkih Koordinacije Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju CPZOPD) je v letu 2012 rodilo 26 uporabnic drog (NIJZ, 2013, str.53), po

podatkih CPZOPD pa je bilo v letu 2012 v 17 od 19 CPZOPD zabeleženih 29 rojstev, od tega je bilo 19 uporabnic na terapiji z metadonom, 8 na terapiji z buprenorfinom in 2 na terapiji s substitolom (CPZOPD, 2017, str.4). V letu 2014 je bilo v 17 od 19 CPZOPD zabeleženih 26 rojstev, od tega je bilo 16 uporabnic na terapiji z metadonom, 8 na terapiji z buprenorfinom, 1 uporabnica je rodila v zaporu, otrok je bil mrtvorojen, za dve je znano, da sta rodili v terapevtski skupnosti. V letu 2015 je bilo v vseh CPZOPD 15 rojstev, od tega je bilo 10 uporabnic na terapiji z metadonom, 5 pa na terapiji z buprenorfinom. V letu 2016 je bilo 16 rojstev, 11 uporabnic na terapiji z metadonom, 4 na terapiji z buprenorfinom, 1 na terapiji s suboksonom (CZOPD, 2017, str. 5). Seveda pa ostaja vprašanje, koliko je nosečnic in mater, ki niso vključene v obravnavo in nimajo dostopa do pomoči, ker je ne želijo iskati zaradi različnih razlogov: občutka sramu, zanikanja in stigme, neizkušenosti strokovnega osebja, komorbidnosti in sociokulturnih omejitev.

Diskurz ženske in matere, odvisne od prepovedanih drog, se je oblikoval tudi skozi konstrukcijo spola kot drugega, patološkega, bolj deviantnega kot moški spol. Iz tega sledi, da so ženske, nosečnice in matere definirane kot bolj deviantne, bolj patološke kot moški, očetje uporabniki drog, zato je žensko odvisnost treba razumeti skupaj z družbeno vlogo žensk (Ettore in Cambell, 2011; Connell, 2012; Lupton, 2013). »Spol je družbena organizacija biološke razlike, ki ne temelji na naravnih razlikah med moškimi in ženskami, temveč na vednosti o pomenu teh razlik. Pomeni telesnih ali spolnih razlik pa se v posameznih kulturah, družbenih skupinah ali časih različno konstruirajo. Spolne razlike torej niso vzrok za določeno družbeno organizacijo neenakosti, pač pa družbena organizacija neenakosti vzpostavlja spolne razlike.« (Leskošek, 2002, str. 7) »Ženske so pozicionirane kot druge, kot kršiteljice pravilnega, ki so bližje naravi in telesu, medtem ko so moški bolj povezani s kulturo in razumom.« (Kristeva, 1982, str. 37) Ženske so v zahodnih družbah predstavljene kot manj sposobne fizičnega in čustvenega samonadzora, ker jih vodijo hormoni in reproduktivni organi. Tako so nosečnice, porodnice, ženske z menstruacijo v različnih kulturah predstavljene kot umazane podobe, povezane s tveganji. Njihova telesa so odprta za svet, fluidna in puščajo, so nesposobna obvladovanja (Douglas, 1997). Žensko telo je videno kot bolj nevarno, bolj obolelo kot moško telo. Posledica tega družbenega kodiranja je, da so ženske uporabnice drog potencialno bolj kontaminirane kot moški in jim je naloženo breme odgovornosti za prenos okužb (Douglas, 1997). Zaradi dominantnega ideala telesa, ki se obvladuje in je ločeno od drugih teles in od zunanjega sveta, se vse, kar bi meje razbilo, določi kot tveganje. Vsa telesa, ki nimajo dovolj sposobnosti za obvladovanje, so sama sebi

nevarna. To se nanaša na stigmatizirane skupine, ki so konstruirane kot popačene, groteskne in povezane s tveganji, nevarnostmi. Taka telesa potrebujejo nadzor, kazni in disciplino. Vendar tvegana telesa vzbujajo tudi užitek in hkrati tesnobo (Lupton, 1992).

Stigmatizacija, stereotipi in predsodki (Zaviršek, 2000; Ule, 2003; Ettore, 2007; Goffman 2008), mit o (idealiziranem) materinstvu (Giddens, 2000; Oakley, 2000; Švab, 2001; Beck in Beck-Gernsheim, 2006; Rener, Sedmak, Švab in Urek, 2006; Ule in Kuhar, 2006; Maher in Saugers, 2007) ter strah pred družbenim nadzorom pripomorejo k temu, da ostajajo ženske uporabnice drog, predvsem pa matere, težje dostopne, problem skrivajo, izogibajo se programov, ki so na voljo, saj jih vstop vanje preveč zaznamuje, ter svoje stiske in težave v zvezi z odvisnostjo in materinstvom poskušajo reševati same. Velikokrat se izogibajo tudi vsem oblikam pomoči, predvsem v zvezi s starševstvom, saj se bojijo, da jih bo skupnost prepoznala kot odvisnice ter s tem kot neprimerne in neodgovorne starše. Večkrat se v strokovne institucije vključijo šele takrat, ko gre kaj že zelo narobe, ko problem doseže krizne razsežnosti in je potrebna intervencija v družini (rejništvo, skrbništvo nad otrokom). V tem času pa je mati in njena družina lahko prepuščena sama sebi, saj tudi zaradi socialne izključenosti ter občutka strahu, da bi izgubila otroka, ne išče pomoči, ko bi jo zares potrebovala, saj so tudi strokovni delavci in delavke tisti, ki mater stigmatizirajo. Zato bomo tudi v doktorski nalogi raziskali, kako se približati in oblikovati koncepte pomoči, ki bi odgovorili na potrebe mater uporabnic drog in njihovih otrok, predvsem pa, kako zmanjšati tveganja ter jih hkrati ne omejevati v njihovih željah in odločitvah.

V nalogi sem želela na interdisciplinaren način, skozi feministično sociološko teorijo in teorijo socialnega dela, raziskati materinstvo pri ženskah, odvisnih od prepovedanih drog, s poudarkom na analizi tveganj (Zaviršek, 1994; Hogan, 1998; Kumpfer, 2001; Nastran-Ule, 1999; Šadl, 1999; Klee in drugi, 2002; Leskošek, 2002; Woods, 2005; Milligan, 2010; Ettore in Cambell, 2011).

Po pregledu raziskav ugotavljamo, da do zdaj še ni bilo narejene raziskave, ki bi proučevala dejavnike tveganja pri materah, odvisnih od prepovedanih drog, in bi se osredotočila na obdobje nosečnosti, poroda in materinstva. Narejenih je veliko raziskav o dejavniki tveganja v nosečnosti, ki pa so usmerjene predvsem na tveganja za plod (uživanje droge, težave v duševnem zdravju nosečnice, neiskanje pomoči) (Hall in Tejlingen 2006; Milligan; 2010). Raziskujejo se tudi dejavniki tveganja pri otrocih, katerih starši imajo težave z odvisnostjo od prepovedanih drog (Kroll, 2006; Huxley, 2008, Doab, Flower in Dawson, 2015).

Koncept tveganj obsega tako družbeno kot individualno raven. Družbena tveganja so zunanja, strukturna tveganja, ki posameznika presegajo, posameznikova pa so rezultat njegovih osebnih stanj in dejanj. Tveganja pri materah uporabnicah drog smo sistematizirali iz dveh smeri: deduktivno, na teoretski ravni, in induktivno, z vidika dojetanja mater, odvisnih od prepovedanih drog. V raziskavi smo sledili pristopu zmanjševanja škode, ki izhaja iz ugotavljanja dejavnikov, ki povečujejo ali zmanjšujejo tveganja, ter z iskanjem odgovorov na opredeljena tveganja. Poskušali smo si odgovoriti in razumeti, zakaj se dosledno ohranjajo negativni stereotipi žensk uporabnic drog kot osnove za intervencije, ki zanemarjajo vlogo spola, tako v obravnavi in raziskavah. Izziv za raziskovanje je pomenil tradicionalni pogled na odvisnost, medtem ko se izpodbija epistemologija nevednosti o razlikah med spoloma, ki prevladuje na tem področju in je bila skozi desetletja deležna le malo pozornosti (Ettore in Cambell, 2011).

Za proučevanje smo si postavili naslednje teze in raziskovalna vprašanja:

Glavne teze in raziskovalna vprašanja:

- ***TEZA: Stigmatizacija, ki je povezana z odvisnostjo od prepovedanih drog, prikriva vse druge identitete in negativno vpliva na materinsko vlogo tudi takrat, ko mati doseže abstinenco.***

V okviru prve teze si bom postavila naslednji raziskovalni vprašanji:

1. Kako identiteta, povezana z odvisnostjo od prepovedanih drog, vpliva na nosečnost in materinstvo?
2. Kako odnos, stališča strokovnega osebja ter dostopnost pomoči vplivajo na tveganja (neiskanje pomoči, prikrivanje) pri materah, odvisnih od prepovedanih drog, in njihove otroke?

- ***TEZA: Nosečnost in materinstvo pri ženskah, odvisnih od prepovedanih drog, nista dejavnika tveganja, ampak varovalna dejavnika, ki zmanjšujeta odvisnost.***

V okviru druge teze si bom postavila naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kateri so dejavniki tveganja, ki vplivajo na materinstvo pri ženskah, odvisnih od prepovedanih drog?
2. Kateri so dejavniki tveganja, ki so povezani z otroki, katerih matere so odvisne od prepovedanih drog?

3. Ali nosečnost in materinstvo vplivata na spremembo odvisniškega življenjskega sloga (količina uživanja drog, injiciranje droge, kriminal, odvisniška družba)?

- ***TEZA: Stereotipi in predsodki o materah, odvisnih od prepovedanih drog, se pojavljajo tudi pri strokovnih delavcih in vplivajo na to, da matere ne iščejo pomoči takrat, ko bi jo potrebovale. Matere, ki pri otroku prepoznajo težave in jih ne zmorejo reševati same, ne iščejo pomoči kljub tveganju, da obstaja nevarnost in škoda za otroka.***

V okviru tretje teze si bom postavila naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Zakaj so otroci, ki odraščajo v odvisniških družinah, kljub spodbujanju protektivnega otroštva izključeni iz programov pomoči?
2. Kako stereotipi in predsodki vplivajo na iskanje pomoči?
3. Kakšna škoda ali nevarnost obstaja za otroka, ki odrašča z materjo, odvisno od prepovedanih drog?

1.2 Opredelitev raziskovalne metodologije in cilji raziskave

Za izvajanje raziskave smo si izbrali kvalitativni način raziskovanja (polstrukturirani intervju), z namenom pridobiti čim več informacij o proučevani skriti populaciji tako na družbeni in individualni ravni. V raziskavi smo uporabili feministični pristop, saj smo hoteli dati glas tistim, ki so v družbi neslišane in spregledane. Za potrebe raziskave smo intervjuvali matere uporabnice drog, ki so bile vključene v visokoprazne ali nizkoprazne programe na področju drog. Njihove zgodbe so nam bile namreč dostopne le tako, saj je to populacija, ki želi ostati skrita pred pogledi drugih. Za namen raziskave smo intervjuvali tudi strokovne delavce in delavke s področja zdravstva in socialnega varstva, ki pri svojem delu prihajajo v stik z materami.

Cilj naloge je bil spoznati položaj ene od najbolj marginaliziranih skupin, upoštevajoč spoznanja različnih strok (medicine, sociologije, socialnega dela) na eni strani in na drugi empirično izkušnjo obravnavane populacije. Uporabna vrednost naloge je, da smo s pomočjo interdisciplinarnih sinergičnih spoznanj oblikovali osnove za programe opolnomočenja, samopodpore in vzajemne pomoči materam, odvisnim od prepovedanih drog, ter njihovim otrokom ter na praktični ravni poskušali odgovoriti, kako učinkovito zmanjšati in preprečiti tveganja ali škodo pri nosečnicah in materah ter jih tako preprečiti pri otrocih, na podlagi tega

modela pa oblikovali protokol pomoči znotraj institucij, ki prihajajo v stik z materami in njihovimi otroki.

Sodobna terminologija in strokovna literatura uporablja različno izrazoslovje za opredelitev zasvojenosti oziroma odvisnosti (zasvojenost, odvisnost, problematična uporaba – zloraba). Osebe, ki uživajo drogo, so prav tako označene z različnimi izrazi, kot so uporabnik, problematični uporabnik, uživalec, odvisnik, zasvojenec. V novejši literaturi in strokovnih člankih se najpogosteje uporablja izraz uporabnik/uporabnica drog ali uživalec/uživalka, v medicinskih besedilih pa najpogosteje osebe z motnjami odvisnosti. Strokovni izrazi se večkrat uporabljajo kot sopomenke, v nekaterih besedilih pa imajo vsak svoj pomen. V nalogi bomo uporabljali izraz odvisnost od prepovedanih drog, za osebe, ki imajo težave z odvisnostjo, pa izraza uporabnice ali uživalke prepovedanih drog.

2 KONCEPTUALNA IZHODIŠČA

2.3 Tveganja

Tveganje je povezano z življenjskimi situacijami, s katerimi se posameznik srečuje in vplivajo na dožemanje ogroženosti. Bolj nevarne in stigmatizirane ko so življenjske situacije, bolj ekstremna so posameznikova tveganja. Tako so matere uporabnice drog lahko vsakodnevno izpostavljene tveganjem in grožnjam, ki jih morajo obvladovati. Uporabnice drog tako v medicinskih, medijskih, verskih, pravnih ter drugih diskurzih kot take pomenijo tveganje (spolno prenosljive bolezni, okužbe, zanemarjanje otrok) in so ogrožene ter so izpostavljene javnim tveganjem, kot so stigma, diskriminacija, nezmožnost uveljavljanja pravic. V osnovi tveganje razumemo kot dejavnik, ki ogroža posameznikovo kakovost življenja. Pri njem opazujemo potencialne izgube, njihovo pomembnost in verjetnost teh izgub oziroma škode. Na splošno ga opredeljujemo kot produkt verjetnosti nekega dogodka in možnih izgub ali škode, ki jo ima ta dogodek sam po sebi ali v svojih posledicah (Grebenc in Flaker, 2007).

Diskurz o tveganju je povezan z biopolitiko, kjer si v neoliberalnih družbah države in drugi organi prizadevajo čim bolj disciplinirati in normalizirati državljane, da postanejo pokorni in produktivni (Foucault, 1991). Skozi proces normalizacije se posamezniki primerjajo z drugimi. Njihove značilnosti se ocenjujejo glede na to, ali spadajo v določeno normo ali so zunaj nje. Tisti, ki v normo ne spadajo, so spodbujeni ali celo prisiljeni, da se vključijo v prakse, ki jih približajo normi. Po mnenju Lupton (1995) je tveganje osrednji diskurz v strategijah normalizacije, ki se uporablja kot označevalec za odstopanja od norme.

Osrednji nosilci nadzora v neoliberalnih družbah so avtonomni državljani, ki so sposobni samoregulacije. Taki državljani sami optimizirajo svoje življenjske priložnosti in zmanjšajo tveganja, ki so jim izpostavljeni. Nadzorujejo svoje lastno vedenje in potrebujejo samo vodenje in nasvete strokovnjakov, da so vključeni v aktivnosti, ki služijo njihovim interesom (Gordon, 1991). Ta poudarek na samoregulaciji je močno izražen v diskurzih o zdravju in tveganju, ki izhaja iz javnozdravstvenih ustanov (Lupton, 1995). Osredotočanje na samoodgovornost za zdravje se je začela pojavljati kot vladna strategija v osemnajstem stoletju. Zdravje je postalo dolžnost vsakega in cilj vseh (Foucault, 2004). Tudi družina je že sredi osemnajstega stoletja postala pomemben element oblasti nadzora in discipline.

Problem otroka se je oblikoval skozi diskurz nadzora družine, ko so starši, predvsem pa matere, odgovorni za razvoj, spremljanje, rast in zdravje otrok (Lupton, 2009).

Lemke poudarja (2004), da obvladovanje tveganj postaja tehnika prava in oblasti in se uporablja kot sredstvo za usmerjanje institucionalnih praks in sistemov, kjer se začne tehnologija upravljanja. Tveganja se pogosto obravnavajo kot mehanizem, s katerim bi bili ljudje bolj individualno odgovorni za tveganje, in so del neoliberalnih politik. Kolektivne in družbene oblike obvladovanja tveganj se preselijo na posameznika, ki bi moral celo imeti strokovno znanje za obvladovanje tveganj. Posameznik se mora v sedanjosti vesti odgovorno glede na potencialno prihodnost. Tako postane pojem prihodnosti nekaj, kar je mogoče spremeniti, tveganje pa sredstvo za predvidevanje in upravljanje negotove prihodnosti (Lemke, 2004). Sodobno obvladovanje tveganj se osredotoča tudi na krepitev moči posameznika prek tehnik komuniciranja s tveganji, tako da lahko posamezniki sprejmejo »utemeljene odločitve«, skladno z osnovno idejo upravljanja v sodobnih liberalnih demokratičnih državah, da bi morali posamezniki svobodno nadzirati in upravljati svoje življenje. Cilj oblasti je spodbuditi procese samoregulacije in ustvariti okoliščine, v katerih se ljudje učinkovito upravljajo. Ustvarja se »nova morala« na več ravneh družbe. Kot poudarja Douglas (1997), navidezno nevtralni diskurz o tveganju spodbuja občutke krivde in odgovornosti. Tudi tam, kjer ne gre za tvegano vedenje, si objektivni in moralni subjekti prizadevajo opredeliti parametre morale in krivde. Tveganje je postalo osrednji koncept, okrog katerega so se oblikovali diskurzi o zdravju. V kliničnem smislu se določijo tveganja glede na značilnosti posameznika, v epidemiološkem smislu pa je oblikovan kontekst, ki je določen s spremljanjem vzorcev bolezni pri populaciji s prepoznavanjem dejavnikov tveganja (Lupton, 2003). Kategorije tveganj imajo izjemno pomembno vlogo za razumevanje sebe in sveta nasploh. Ker je kategorizacija nevarnosti kot tveganj pogojena z družbeno-kulturnim kontekstom in z določenimi interesi, to neizogibno vodi k družbenemu, kulturnemu vrednotenju vsakršnega tveganja in njegovih posledic. Izbire aktualnih tveganj in dejavnosti, ki so povezane z obvladovanjem tveganj, so bistvene za organiziranje in delovanje družbe ter za individualno in kulturno identiteto. To pomeni, da definicije tveganj in postopkov njihovega obvladovanja vplivajo na to, kako mislimo o sebi, drugih, o organizacijah, institucijah, vladah (Lupton, 1999, str. 14).

Preprečevanje tveganj in potencialnih nevarnosti je po mnenju mnogih avtorjev postalo osrednje načelo sodobnih družb (Giddens, 1991; Beck, 1992; Ule, 2003). »Postalo je kulturni politični koncept za obvladovanje družbe oziroma za organiziranje, nadzorovanje in

upravljanje posameznika, družbenih skupin in institucij. Legitimno posredovanje niso več nujno dejanske manifestacije simptomov nevarnosti. Dovolj je že ocena, pridobljena s statističnim izračunom, da obstaja možnost, da se določena nevarnost pod določenimi pogoji pojavi.« (Castel, 1991, str. 62)

V sedanjem času različna tveganja čedalje bolj razumemo kot neločljiv del vsakdanjega življenja in ljudje naj bi se jih naučili prepoznati in z njimi ravnati. Dihotomije, kot so varnost-nevarnost, pravilno-nepravilno ravnanje, primerno vedenje-neprimerno vedenje, so bile v preteklosti trdno definirane (pravila, norme) in o njih ni potekala razprava. Danes je položaj veliko bolj zapleten. Področij vsakdanjega življenja, ki so pri postavljanju odločitev povsem zaprta, je vse manj, medtem ko je vse več takih, o katerih se je treba odločiti in jih osebno konstruirati (Beck, 2009). Tudi sodobnost v življenje ljudi vnaša negotovost neskončnih in nedoločenih možnosti, zaskrbljenost za lastni uspeh; pojavi se individualizacija družbenih tveganj. Odgovornost za neuspeh pade predvsem na ramena posameznika (Bauman, 2002, str. 13). Takšne okoliščine mu sicer po eni strani dajejo možnost svobodnega odločanja in delovanja, po drugi strani pa uspeh in neuspeh pripišejo njegovim slabim in dobrim izbiram ter sposobnosti oziroma nesposobnosti. Posameznik postane akter svojega tržno posredovalnega preživljanja in temu ustreznega načrtovanja in organiziranja življenja (Beck, 2009, str. 108–109).

Bolj celostno opredeljujejo tveganja družbeno-kulturni pristopi, ki jih delimo na tri temeljne skupine: kulturno-simbolni pogled na zaznavanje in pojasnjevanje tveganj (Douglas, 1997; Douglas in Wildavsky, 1982), vidik družbe tveganja (Beck, 1994) ter vidik obvladovanja tveganj (Foucault, 1991). Skupno tem pristopom je prepričanje, da so danes tveganja individualizirana in naložena posamezniku, ki mora sam najti ustrezne načine za ravnanje s tveganji in prevzeti tudi breme neuspeha. Sooča se z zahtevo postmoderne družbe, da mora v odsotnosti vnaprej določenih, obveznih in tradicionalnih norm in prepričanj sam proizvajati lasten način življenja, ter zahtevo po nastanku novega načina življenja, ki se nenehno spreminja (Beck, 1994).

Pri kulturno-simbolnem pogledu tveganja obravnavamo z vidika strategije upravljanja. Osredotoča se na to, kako ljudje zaznavajo nevarnosti in se odzivajo nanje ter kako ti različni odzivi vplivajo na razvoj družbenih struktur. Douglas (1997) tveganje vidi kot sodobno zahodnjaško strategijo upravljanja »drugosti«. Teorija je alternativa dveh drugih teorij o dojemanju tveganja: teorije racionalne izbire in psihometrične teorije. Prva od njiju dojemanje

tveganj pojasnjuje kot izraz posameznikovega implicitnega tehtanja stroškov in koristi, čemur Douglas in Wildavsky (1982) nasprotujeta. Po njunem mnenju teorija ne upošteva kulturno specifičnih načinov življenja, ki determinirajo, kaj bo posameznik zaznal kot vredno tveganja. Zaradi življenja v skupnosti posamezniki oblikujejo funkcionalne sisteme, odnose in institucije in na tak način formalizirajo tudi kulturno sprejemljive načine razumevanja in ravnanja s tveganji. Posamezna kultura opremi posameznike z orodji za spoprijemanje s tveganji. Tako imajo vse kulture klasifikacijske sisteme zaželenega načina življenja, ki vključujejo tudi tako imenovane anomalije, stvari, ki se kažejo kot stiske, tesnoba in se zato obravnavajo kot tveganja ali nevarnosti (Douglas, 1997). Kultura, ki ji posameznik pripada, določa, kaj bodo njeni člani doživljali kot tveganje, česa se bodo bali, kako se bodo z njim spoprijemali in kako ga bodo doživljali (prav tam). Anksioznost in strahovi o tveganju se projicirajo na določeno družbeno skupino oziroma na tiste, ki so označeni kot marginalizirani, stigmatizirani, tvegani, drugi (prav tam).

Predmet strahov je tudi telo (Lupton, 2005), ki v sodobnosti postaja javno in s tem izpostavljeno disciplinskim praksam. Velja, da se užitek in strahu prepuščajo le šibki subjekti, ki nimajo samonadzora. Drugost je nevarna, ker zmede red in nadzor, predstavlja neznanost in ogroža lastno identiteto s stikom neznanega (Melucci, 1996, str. 101). Douglas pravi (1997), da tisto, kar je videti nerazumno in je težko kategorizirati, ustvarja občutke nelagodja in odbijanja, zato je naloga sodobnosti poskus obvladovanja kaosa, ki ga je treba klasificirati. Obvladujejo ga biopolitike z reguliranjem, izključevanjem in izogibanjem v prizadevanju za vzpostavitev nekega družbenega reda. S tem je lahko model kulturno-simbolnega pogleda na tveganja tudi predmet kritike, predvsem zaradi svoje navidezne togosti, statistične narave (Lupton, 2005).

Druga skupina pristopov k tveganju temelji na vprašanjih, kako tveganja razumejo v različnih družbenokulturnih okoljih in na kakšne načine je razumevanje in obvladovanje tveganja povezano s pogoji pozne moderne, zlasti s procesi individualizacije, reflektivnosti in globalizacije (Kamin, 2006). Giddens (1992) in Beck (1996) tveganje obravnavata na mikro ravni razumevanja in strategije obvladovanja tveganj. Po Giddensu (1992, str. 21) v družbi tveganja narašča obremenjenost s prihodnostjo in varnostjo, ki ustvarja pojem tveganja, medtem ko Beck (1996) družbo pojasnjuje kot sistematičen način spoprijemanja z nevarnostjo in negotovostjo, ki jo je uvedla modernizacija. Tveganje je tako samo druga beseda za nevarnost, ki v modernosti ustvarja nepopravljivo škodo (Beck, 1992). Beck (2002) ugotavlja, da postajajo sodobne družbe vse bolj preobremenjene s tveganji in okrepitev zavedanja

tveganja postaja pomemben vidik vsakodnevnega življenja. Del zavedanja tveganja je tudi proces individualizacije, v katerem so se tradicionalne strukture in družbene norme razgradile. Individualizacija je proces posameznikovega odločanja, sposobnost, da oblikujemo svojo lastno usodo v skladu z družbenimi pričakovanji. Trendi individualizacije pomenijo določeno svobodo pri izbiri glede poteka svojega življenja. Negativna stran individualizacije pa je, da ljudi okrivijo, ker so izbrali napačno pot, ko gre v njihovem življenju kaj narobe (Beck in Beck-Gernsheim, 1995). To pri laikih ustvarja potrebo po iskanju nove gotovosti.

Giddens (1991) pozno moderno označi kot kulturo tveganj, kar ne pomeni večje izpostavljenosti ali zaskrbljenosti zaradi nevarnosti, temveč da so grožnje in nevarnosti zdaj konceptualizirane kot tveganja. Tudi on razlikuje med sodobno reflektivnostjo in reflektivnim nadzorovanjem. Moderna reflektivnost, tako pri posameznikih kot pri institucijah, vključuje zavest o pogojni naravi strokovnih znanj (Giddens 1991, str. 20). Tako so vsi pogoji modernosti odvisni od zaupanja, toda ne v posameznika, temveč v abstraktne zmogljivosti (Giddens, 1990, str. 26). To pomeni, da se morajo ljudje v vsakdanjem življenju zanesti na smernice strokovnjakov, ki izhajajo iz pridobljene znanstvene vednosti. Toda ljudje o verodostojnosti znanstvene vednosti podvomijo, saj predvsem zaradi pogostega nestrinjanja med strokovnjaki, razlik v doktrinah in spremenljivih znanstvenih in političnih smernic ta vednost izgubi verodostojnost. Za pojasnjevanje tveganj morajo zato ljudje opraviti »refleksivno delo«, s katerim si pomagajo razlagati in razumeti pojav. A tudi zanašanje na reflektivnost ni dovolj, ljudje se morajo zanesti na lastno oceno tveganja, ki pa je že po svoji naravi vedno nenatančna, prav zaradi utemeljenosti na abstraktnem znanju, ki je predmet nenehnega izpodbijanja in spreminjanja. Po Giddensu (prav tam) ima zaupanje ključno vlogo pri vzpostavljanju ontološke² varnosti od otroštva naprej. Zaupanje zato razume kot sredstvo za spoprijemanje s psihološkimi tveganji, ki povzročajo strah, stiske in tesnobo (Giddens 1991, 40). Zato so se včasih posamezniki prisiljeni zanesti na usodo, torej tvegati, še posebno ko so razlike v predstavljenem strokovnem znanju zelo velike. V teh primerih mora posameznik preprosto sprejeti odločitev, da bo zaupal v abstraktnost sistemov, da se bo predal usodi, ne glede na vse, kar ga navidezno razbremeni bremena tesnobe (Giddens, 1990). To imenuje pragmatično sprejemanje, katerega posledica je potiskanje strahov vse globlje v podzavest.

² Giddens (1990, str. 92) ontološko varnost definira kot čustveni pojav, ki vključuje 'zaupanje', ki ga ima človek v kontinuiteti svoje lastne identitete in v nespremenljivosti družbenih in materialnih okoljih svojega delovanja.

Po mnenju Kamin (2006) je tretja skupina obvladovanja tveganj najbolj izrazito konstruktivistična (Lupton, 1992; Hunt in Wickham, 1994; Dean, 1999, v Kamin, 2006). Zagovarjajo namreč idejo, da nobeno tveganje ni negativno, da torej ne obstaja samo po sebi, ampak je proizvod diskurzov, praks in institucij, ki neki pojav arbitrarno opredelijo kot tveganje. Raziskovanje tveganj tako poteka v okviru razumevanja procesov nadziranja, discipliniranja in reguliranja populacij, s konceptom tveganja pa se pojasnjujejo posebne norme obnašanja, ki se uporabljajo za spodbujanje posameznikove prostovoljne samoregulacije, kot odgovor ali prilagajanje tem normam. Foucault (1991) vladanje pojasnjuje kot družbeno regulacijo in nadziranje skozi družbene spremembe. Gre za upravljanje ljudi v najširšem smislu besede, kjer je upravljanje kot strategija utelešeno v politični moči. Danes to strategijo lahko prepoznamo v značilnih političnih pravilih neoliberalizma, s katerimi se ščitijo svoboda in pravice pred posegi države.

Foucault (1991) meni, da je strokovno znanje ključno pri oblikovanju subjektivitet. Strokovno znanje ponuja smernice in nasvete za analiziranje populacije, primerjanje norm, primerjanje usposobljenosti za izpolnjevanje teh norm in produktivnosti. Posameznik je izpostavljen opazovanju in merjenju, kar je ključnega pomena za discipliniranje, saj pomaga graditi razumevanje telesa v prostoru in času, ki omogoča njegovo upravljanje (Foucault, 1991). Po Foucaultu (1991) tveganja postavlja moralna tehnologija, zato je treba za izračun tveganj obvladati čas oziroma disciplinirati prihodnost. Za urejanje populacije je ključen urejen in discipliniran državljan kot avtonomen in samoregulativen individuum. Državljeni so v vlogi tako aktivnih kot pasivnih subjektov upravljanja. Navzven jih povsem nadzirajo institucije, navznoter pa se izvaja samoregulacija prek izvajanja moči nad seboj kot normiranih oseb, ki sledijo svojim lastnim interesom in svobodi, so usmerjeni v samoizboljšanje in iščejo srečo in zdravje (Gordon, 1991). Skozi tehnologije sebstva posameznik ali posameznica postane podjetnik zase, saj poskuša maksimirati svoj človeški kapital (Gordon, 1991, str. 44).

Zagovorniki koncepta obvladovanja tveganj (Castel, 1991; Ewald 1991; Kendall in Wickham 1992; O'Malley 1992; Dean 1999) opozarjajo na nadomeščanje pojma nevarnosti s pojmom tveganja, ki se pojavlja predvsem v institucijah, ki delajo z marginalnimi posamezniki in družbenimi skupinami. Nevarnost ima v tem smislu konotacijo notranjega potenciala subjekta, ki je že lahko bil izražen ali pa tudi ne. Čeprav pojem tveganja temelji na prepoznavanju potencialne nevarnosti in verjetnosti, ki izhaja iz opazovanja posameznikov, pa se razlikuje od pojma nevarnosti. Tveganje ne izhaja iz navzočnosti določene nevarnosti, utelešene v konkretnem posamezniku ali skupini, pač pa iz prepleta abstraktnih dejavnikov,

pri katerih obstaja večja ali manjša verjetnost, da se bodo pojavili v obliki neželenega vedenja (Castel, 1991). V tem smislu »ogroženi« ali »biti ogrožen« pomeni biti prepoznan kot tak v razmerju do dejavnikov, ki so prepoznani pri opazovanju drugih, ki so označeni kot »rizični« v populaciji oziroma kot »drugačna populacija«. Gre za nov način nadzora, ki ga Castel (1991) poimenuje »sistematično predodkrivanje«. V tem smislu osnovna usmerjenost preventivne politike ni več v intervencijo, temveč v dejavnike tveganja oziroma statistične korelacije heterogenih elementov s ciljem predvideti vse možne oblike vdora nevarnosti. Po Castelu (*prav tam*) taktike in strategije, ki temeljijo na konceptu tveganja, svojo pozornost usmerjajo na spreminjajoče se okolje, v katerem delujejo rizični posamezniki. Ta premik od koncepta nevarnosti h konceptu tveganja prinese premik v načinu ravnanja z marginaliziranimi posamezniki, ki se ne obravnavajo več kot posamezniki, od primera do primera, temveč kot skupina. V okviru koncepta tveganja so ti posamezniki razvrščeni kot pripadniki »tvegane skupine« in s tem predmet analiziranja njihovih ravnanj in uporabe intervencij, ki izhajajo in se oblikujejo na osnovi značilnosti skupine. Pojem upravljanja tako temelji na racionalnosti, standardiziranem ocenjevanju in napovedovanju določenega vedenja na osnovi vzorca, prepoznanega v širši populaciji (npr. matere uporabnice bodo prej izgubile otroka).

Opisane okoliščine se pojavljajo v družbah, v katerih prevladujejo pojmi privilegiranega sebstva, jaza, ki je sposoben izvajati vojaški nadzor nad svojim telesom in umom, se nenehno ukvarja s samopregledovanjem, je sposoben samoodpovedovanja za višje dobro in je pri sprejemanju odločitev o življenjskem slogu pripravljen sprejeti in izvajati napotke strokovnjakov.

2.4 Konceptualizacija spola

Parsons (1995) trdi, da so spolne vloge naturalizirane, kjer ženske dojemajo kot ekspresivne in moške kot instrumentalne. Zato so ženske, ki so uporabljale droge, zdravili z doziranjem ustreznih odmerkov feminilnosti in materializma, da bi bolje obvladale ženske vloge na družbeno pričakovan način. Socialno vedenje se ves čas manifestira skozi življenjski slog človeka. Telo je sredstvo za izražanje, kdo smo in kdo bi morali postati. Človeško telo, ki uživa droge, je zato predmet regulativnih metod. Tako se telo in obravnava uporabnice drog postavita v središče političnega boja (Turner, 1992, str. 67).

»Dejavnost ženske je razumljena kot naravna v vseh kulturah. Tako ali drugače je podvrednotena, medtem ko ima kultura kot celoten sistem smiselnosti, smotrnosti najvišjo vrednost prav zaradi tega, ker daje sredstva za preseganje naravnih danosti. Tako sama moško središčna kultura ustvarja definicije, po katerih je zagotovljeno njeno samoobnavljanje. V ta proces pa vstopajo ženske v skladu s kulturnimi zapovedmi (kot objekti).« (Ortner, 1974) Dejavnost žensk je bila v kulturi potisnjena v nevidnost, v polje družbeno vidnega je vstopila predelana in po eni strani skrčena (na lepo in privlačno) in po drugi strani razširjena in kot izjemno pomembna za obstoj družbe. Sociološki prispevek k družbeni rekonstrukciji hierarhije med spoloma je odvisen od tega, kakšno je temeljno razumevanje spola v teoretičnih razlagah. Preseganje zgolj afirmativnega seksističnega potenciala je mogoče, če se spol razume kot strukturna kategorija, torej če se hierarhija med spoloma umesti v dinamiko reprodukcije družbene strukture (Parsons, 1995).

Kot poudarja Connell (2012), so za razumevanje spola pomembni globalni premiki, natančneje premiki na globalni družbeni ravni. Tako Connell (prav tam) opredeli spolni red kot strukturo odnosov, ki na svetovni ravni povezujejo spolne režime v institucijah s spolnimi redi lokalnih družb. Torej spolna razmerja in spolni vzorci sestavljajo spolno strukturo družbe in v patriarhalnih družbah umestijo en spol nad drugega kot rezultat delovanja religioznih, političnih, gospodarskih in drugih institucij in praks, ki pomembno določajo možnosti delovanja posameznic in posameznikov. Na oblikovanje in ohranjanje obstoječega spolnega reda s svojimi praksami pomembno vplivajo veliki sistemi in organizacije, kot so šolstvo, politika, zdravstvo, vojska, kjer so vloge spolov natančno določene in segregirane ali segmentirane. Moški, ki nadvladujejo ženske, želijo ohraniti tak spolni red, saj imajo od tega moralne in materialne koristi (Connell, 2012, str. 126). Connell razume spolni red kot nekaj, kar je nenehno v nastajanju in spreminjanju pod vplivom različnih načinov delovanja posameznikov in skupin, je rezultat njihovega sprejemanja na eni strani ter upiranja, pogajanja in spreminjanja na drugi strani (Antič Gaber, 2012).

Večina teoretskega in materialnega diskurza o spolu poteka v dialektiki med ženskim in moškim spolom in se nanaša na diskurz heterospola (Ingraham, 1996 v Hennessy, 2008). Ingraham trdi, da so materialni pogoji kapitalistične družbe tesneje povezani s konceptom heteroseksualnosti. S konceptom heterospola želi Ingraham (1996) pod vprašaj postaviti biološkost/naravnost biološkega spola ter ga odpreti za spremembe zunaj binarnih okvirov. Ko govorimo o spolu, v resnici ne govorimo samo o enem spolu, pač pa imamo v mislih predvsem hierarhične odnose med spoloma oziroma odnose moči med ženskami in moškimi.

Odnosi spolov, torej odnosi med ljudmi in skupinami, ki so organizirani na podlagi reproduktivne sfere, so v vseh dokumentiranih družbah ena glavnih struktur. Ko govorimo o moškosti in ženskosti, s tem imenujemo konfiguracije spolnih praks, ki jih določa spol. Najbolj znana praksa je potek posameznikovega življenja, ki je podlaga za vse zdravorazumske predstave o moškosti in ženskosti (Connell, 2012, str. 113).

Connell (2012) razvije trojni model za razumevanje strukture spola; 1) moč, 2) produkcija, 3) čustvena navezanost. 1. model: osrednja silnica moči v evropskem in ameriškem spolnem redu je vsesplošna podrejenost žensk in dominacija moških. 2. model: delitve dela po spolu poznamo v obliki dodeljevanja nalog, ki se včasih navezujejo na izredno majhne podrobnosti. 3. model: spolna želja se nam pogosto zdi tako naravna, da se večkrat izključuje iz družbenih teorij. Ko pa jo obravnavamo v freudovskem pomenu kot čustveno energijo, vezano na določen objekt, je njen spolno zaznamovani značaj jasen (Connell, 2012, str. 122). Ta splošna struktura ostaja kljub številnim primerom obrnjenega stanja na lokalni ravni in kljub raznim vrstam odpora, ki jih tematizirajo feminizmi (Bourdieu, 2010; Connell, 2012).

Da bi razumeli spol, se moramo vedno podajati onstran njega. Isto velja v obratni smeri. Odnosi spolov so ključna komponenta družbenih struktur kot celote, politike spola pa so osrednji dejavniki naše kolektivne usode (Connell, 2012, str. 118). Pokaže se, da je spol fleksibilen koncept, tako v svoji družbeni razsežnosti kakor v svojem naravnem bistvu. Oboje se lahko definira in redefinira, dekonstruira in rekonstruira v vsakem trenutku in je na voljo, da se zapolni s pomeni (Leskošek, 2002, str. 141). Bistveni del ženske identitete je vzpostavitev odnosa do sebe kot spola. Izid je odvisen od tega, kako vidi posameznica sebe kot žensko v odnosu do moških, do žensk ali sveta v celoti in od tega, ali svojo ženskost vzpostavlja na prepričanju o spolnih razlikah ali spolni enakosti (Leskošek, 2002, str. 240).

Teoretizacija o spolu se je vidneje razvila šele v 19. stoletju, besedila pa so večinoma opozarjala na nesorazmerja moči med spoloma in izpostavljala patriarhalno ureditev. Connell (2012) navaja številne primere analiz razmerij med spoloma, ki zajemajo osebna dopisovanja kot znanstvene prispevke, ki so imeli na razmerje med spoloma pomemben vpliv. Mednje spada Darwinovo delo *Izvor vrst* (prav tam), ki je v ospredje postavilo biološki diskurz, ki se je pozneje pogosto uporabljal za dokazovanje družbene neenakosti. O spolu je pisal tudi Auguste Comte (1859, v Connell, 2012), ki je širšo vlogo žensk videl v negi in skrbi za moške. Prav tako je imel pomembno vlogo na dojemanje spolov Sigmund Freud, ki je vpeljal evropocentričen diskurz nezavednega in želje, ki je pomembno vplival na razvoj feministične

psihoanalitične teorije. Prvo pomembno interdisciplinarno teoretizacijo spola je vpeljala nemška reformatorka Mathilde Vearting, ki je opozorila na sistemske neenakosti med spoloma skozi kritiko statističnih, fiksnih konceptov moškosti in ženskosti, ki kažejo družbene neenakosti pri razdelitvi moči (Connell, 2009).

Vprašanje notranje pluralnosti ženskega je dolgo ostalo netematizirano in poenostavljeno razumljeno kot biološki determinizem, ki ženske zaradi biološkega spola največkrat zaradi reproduktivnih sposobnosti potiska v podrejen družbeni položaj. To je postalo predmet feministične kritike, ki je postala bolj vidna šele v drugi polovici prejšnjega stoletja. Med najbolj odmevne feministične prispevke sodi delo Simone de Beauvoir *Drugi spol* (1949), ki je žensko razkril kot drugega, deviacijo moškega spola, ki mu je ženska podrejena. Podrobno oriše politično, družbeno, spolno intimno socializacijo žensk ter začrta vplive moške dominacije ter moške želje po ženski identifikaciji. Poudarja, da se ženske definirajo le skozi moškega in njegovo refleksijo ter da moški o njej razmišlja in piše skozi svoj vidik, ki se navzven kaže kot objektivni. Moški skozi žensko oziroma drugo išče in definira sebe (de Beauvoir, 1949/2010). Izhaja iz teze, da ženska postane ženska s kulturno prisilo, ki ne izhaja iz biološkega spola. Torej, postati ženska ni naravno in vnaprej dano dejstvo, temveč se spol pridobi skozi proces socializacije (Butler, 2001). Postavila je temelje konstruktivističnega pojmovanja, ki se je pozneje v anglosaškem svetu razvilo v številne razprave o odnosu med biološko danostjo in družbeno kulturno pogojenostjo (Squires, 2009). Ženski spol kot drugi, kot odklon od univerzalne norme, ki jo vzpostavlja moški spol, žensko fiziologijo opremi s pomenom vira največje, čeprav ne edine, zgodovinske zgodbe o odnosu med spoloma, o ženski podrejenosti in moški dominaciji (Šribar, 2004).

Po mnenju Simone de Beauvoir (1949/2010) ženska kot drugi ni obravnavana pozitivno, takšna, kakršna je zase, temveč negativno, takšna, kot jo vidi moški. Ne glede s katerega vidika jo obravnavamo, najprej zbode v oči prav ta ambivalentnost. Moški v ženski išče drugega kot naravno in kot svojega bližnjega (de Beauvoir 2010, 236). Razočaranje same eksistence je, da se ji nikoli ne posreči, da bi dosegla sama sebe, niti da bi se pomirila s totaliteto vseh eksistirajočih (de Beauvoir, 2010, str. 272).

Spol se da razumeti tudi kot družbeni konstrukt, ki se ukvarja z razlikovanjem med moškimi in ženskami, upoštevajoč prepoznavne značilnosti ženskih in moških teles ali kot obstoj dveh različnih družbenih skupin, ki so rezultat neenakih razmerij (Woodward, 2008). V drugi polovici 20. stoletja so nastale spremembe v konceptualizaciji spola, napredek nove teorije

prinaša obrat od biološkega razumevanja spola k družbeni analizi, torej premik od naturalističnega diskurza k družbenemu konstruktivizmu. Biološki spol se je nanašal na biološke razlike med moškimi in ženskami, medtem ko se družbeni spol določa glede na kulturno okolje, v katerem se posameznik nahaja in je zgodovinsko in kulturno sprejemljiv (Woodward, 2008, str. 81).

Na konstrukcijo spola je pomembno vplival drugi val feminizma, kjer sta predvsem Gayle Rubin in Juliet Mitchell prekinili dolgoletno zavračanje psihoanalize in Freudovo teorijo ter jo uporabili kot drugačen model retipizacije o spolu. Pomemben pa je bil v 70. letih prejšnjega stoletja tudi prispevek Julie Kristeve in Luce Irigaray. Kristeva zavrne definicijo ženske in je ne želi definirati, saj zanjo ženska ne more biti definirana in obstaja onkraj imenovanja ter ideologij. Najbližji pojem ženskosti je po mnenju Kristeve pojem margine, kamor uvrsti vse skupine v patriarhalnem simbolnem redu kot marginalizirane. Te skupine se gibljejo v prostoru na meji in okoli nje. Irigaray pa poudarja, da se v zahodni filozofski misli o ženski razmišlja kot o moškem z mankom oziroma manj kot o moškem. Opozori na seksističnost Freudove teoretizacije, saj je žensko seksualnost oziroma njen manko opisal v navidezno nevtralni poziciji, vendar z moške perspektive (Moi, 1999).

Od 90. let 20. stoletja se je teoretizacija o spolu spet osredotočila na telo ter na razlike med moškimi in ženskimi telesi oziroma utelešeno izkušnjo spola kot ključnim vidikom doživljanja spola znotraj širše družbene stvarnosti. K redefiniciji in premisleku o spolu je pomembno vplivala queer teorija, v kateri prevladuje postmoderni diskurz in v kateri je spol izpostavljen heteronormativnosti kot performativni obliki postmoderne kulture. V tem obdobju je v teoretizaciji spola imela pomembno vlogo tudi Judith Butler, ki je v knjigi *Težave s spolom*, spol opredelila kot performativno dejanje brez trdno določenih temeljev, zato jih posledično nima niti feministična teorija. Spol se pokaže šele kot dejanje in radikalnost spola, ki ne nastaja na podlagi kategorizacije spola in posamično spolno zaznamovanih identitet, ampak v subverzivnih dejanjih norm spola in njegove binarnosti. Opozori na pomembnost prenašanja spolnih norm skozi vedenje ter pod vprašaj postavi tudi določenost biološkega spola, ki ga označi kot družbeni konstrukt, saj temelji na družbenih normah in predpisih (Connell, 2009). Spol je Butler (2001, v Connell, 2009) raziskovala kot proces in institucijo. Kot proces spol oblikuje pomen ženskega in moškega, maskulnost in feminilnost na kulturni, politični in ekonomski ravni. To vpliva na družbene skupine moških in žensk in delitev med zasebnim in javnim družbenim življenjem. Kot institucija pa je spol sestavni del kulture in trajna oblika neenakosti. V tem smislu spol ureja in disciplinira subjekt.

Je sistem moraliziranja, ki ustvarja družbeni nadzor nad posameznikom prek določenih norm, osredotočenih na dejavnosti posameznika in označenih z razliko biti moški ali ženska kakor tudi maskulnost in feminilnost. Spol na silo oblikuje telesa skozi ozke omejitve razlik med spoloma (MacRobbie, 2005). Te ideje opozarjajo na pomen analize, kako nas spol ureja, in tudi možnost fleksibilnosti, ki spremeni performativnost spola.

Tudi Kate Millet (2000) je izhajala iz predpostavke, da je ženska opredeljena kot drugi, ki se prilagaja subjektu oziroma zaradi subjekta sploh obstaja, poleg tega je ujeta v sistem patriarhata, znotraj katerega vlada kategorija moči, ki vedno pripada moškemu in je posledično v takem odnosu vedno podrejena. Witting (2000) pa izhaja iz materialističnega feminističnega pristopa in zanika predstavo o tem, da so ženske naravna skupina. O biološkem spolu je govorila kot o znamenju, ki ga na določen način aplicira institucionalizirana heteroseksualnost. Trdi, da kategorija biološkega spola ni nespremenljiva naravna kategorija, pač pa je narava uporabljena v namene reproduktivne seksualnosti (Witting, 2000). Ženska narava je pojem in je največkrat sinonim za predkulturnost ali nekulturnost, je vse tisto, kar ostane, če odstranimo razum in razmišljanje. Ženske so pogosto enačili z živalmi, ker je ženska narava primitivna in jo vodijo nagoni, ker je ženska zaradi pomanjkanja razuma ne more nadzorovati (npr. nosečnost). Potrebna sta najmanj dva pogoja, da se človeška narava vsaj malo socializira. Prvi je zakon, s katerim ženska pridobi skrbnika, ki o njej odloča, ona pa mu hvaležnost vrača s služenjem ali suženjstvom; to se kaže v zahtevah po pokornosti, ponižnosti žensk. Drugi pa je materinstvo, ki je mehanizem za aktiviranje srca, tega centra za čustva, skrb, predanost, in je nekakšen regulativ ženske primitivne narave (Leskošek, 2002, str. 260).

Parsons (1995, v Connell, 2012, str. 51) pa je razliko med moško in žensko spolno vlogo obravnaval kot razliko med instrumentalno in ekspresivno vlogo v družini, ki velja za majhno skupino. Funkcionalistična teorija je predvidevala, da obstaja skladnost med družbenimi institucijami, normami za spolne vloge in dejanskimi osebnostmi. Spol je izpeljan iz splošnega sociološkega zakona o diferenciaciji funkcij v družbenih skupinah. Ponotranjene spolne vloge so prispevale k družbeni stabilnosti, duševnemu zdravju in izvajanju nujnih družbenih funkcij. (Connell, 2012, str. 53). Medtem ko Bourdieu trdi (2010), da spola obstajata zgolj v smislu razmerja, kjer je vsak od njiju tako teoretično kot praktično proizvod procesa diakritičnega (ločevalnega) konstruiranja, kar je nujno za to, da se spol proizvede kot družbeno telo, ločeno od nasprotnega spola. Se pravi kot možati in potemtakem neženstveni habitus ali kot ženski, in ne kot moški habitus.

Če je biološki determinizem napačen in družbeni determinizem napačen, potem je malo verjetno, da bi bila kombinacija obeh pravilna. Obstaja več analiz, ki kažejo, da teh dveh ravni analize ni mogoče zadovoljivo združiti. Biologija je pogosto uporabljena za upravičevanje neenakosti, biološko upravičevanje dihotomije spolov, odnosov med spoloma in zanikanje polovice človeštva, kar vodi v sistematično diskriminacijo žensk. Dejstvo, da žensko podrejenost najdemo v vsakem tipu družbene in gospodarske ureditve, daje vedeti, da gre za globoko ukoreninjeno logiko, ki delno temelji na biološkem determinizmu. To je prepričanje, da je v ljudeh moškega spola nekaj genetsko inherentnega, kar jih dela dominantne, in da ženskam nekaj manjka, zaradi česar so naravno podrejene. To pa zagotavlja zaščito in možnost maksimizacije materinskih radosti, ki so za žensko domnevno najbolj zadovoljiva izkušnja v življenju (Ortner, 1974).

Pilcher in Whelehan (2004) pa menita, da je vedno treba upoštevati tudi specifični kontekst in vlogo, ki jo v povsem konkretnih razmerah igrajo posamezniki in posameznice, ki soustvarjajo in spreminjajo spolna razmerja. S tem opozarja na možnost spremembe spolnega reda. Specifična narava oziroma vsebina kateregakoli spolnega reda je v nenehnem procesu, zato se ta lahko vzpostavi in spreminja, oblikuje pa ga delovanje posameznikov in posameznic v bojih, strategijah moči in nasprotjih, kar ima nenačrtne posledice za številne družbene skupine in posameznike in njihove interese. Ženskost in moškost, ki se pri tem oblikujeta v medsebojnem delovanju različnih silnic, se spreminjata in sta pogosto notranje nekonsistentna, če ne kontradiktorna (Pilcher in Whelehan, 2004).

Če so se zgodnejše študije ukvarjale z razlikami med spoloma, četudi na različne načine (od zagovarjanja, da so razlike proizvedene in da jih v naravi ni, pa do poudarjanja razlik in prizadevanj v smeri prevrednotenja pomena žensk in ženskosti), se zadnje čase vse bolj osredotočajo na odnose med spoloma in pluralnost identitet žensk in na intersekcijsko obravnavanje. Ko namreč govorimo o spolu, je produktivno privzeti, da pri njegovem oblikovanju pogosto naletimo na družbene odnose in strukture, v katerih delujejo posamezniki različnih spolov in ki se nahajajo tako na mikro (med posamezniki in posameznicami), mezo (družbene skupine) in makro ravni (globalna družba). Govoriti o spolu na ta način pomeni razumeti spol kot pomemben strukturiran in strukturirajoč dejavnik, ki posameznike umešča, pozicionira v družbeno strukturo. Pomeni govoriti o spolnem redu (gender order) (Antič Gaber in drugi, 2015).

2.5 Hegemonična moškost in ženskost

Kot kulturni ideal na normativni simbolni ravni in kot načelo konfiguracije spolnega reda se hegemonična moškost oblikuje okrog konceptov univerzalnosti, avtoritete, moči (tudi fizične), heteroseksualnosti in plačanega dela in se pod vplivom okoliščin spreminja, saj je za hegemonijo značilen nenehen boj za zasedbo vodilnega položaja. Hegemonična moškost je niz praks, za katerega obstoj in izvajanje je potreben ideološki konsenz podrejenih skupin (nehegemonih moškosti in ženskosti) ter produkcija reprezentacij hegemone moškosti na vseh družbenih ravneh, predvsem v medijih. Tako sestavljena spolna hierarhija ima na vrhu hegemonično moškost, sledijo soudeležene moškosti, na dnu je gejevska in vse oblike ženskosti (od podrejenih ali poudarjenih) (Giddens, 2006). Hegemona ideologija ja tista, ki se je asimilirala kot zdrav razum, kot naravna, kot način, na katerega stvari obstajajo. Hegemonija ni nikoli vzpostavljena enkrat in za vedno, temveč je vedno predmet pogajanj in izpodbijanj oziroma ne pomeni popolne kulturne dominacije brez alternativ. Zavzema najvišji položaj moči, ki je dosežen z ravnovesjem sil, s stanjem igre. Druge skupine niso izključene, temveč podrejene. Hegemona moškost zagotavlja ali se obravnava kot zagotovilo za prevladujoč položaj moških in podrejenost žensk (Connell, 2012).

Dominirajoče moškosti vsebujejo specifično komunikacijo, ki stremi k nadzoru in dajanju navodil, gre za uprizarjanje moči in nadzora nad drugimi ljudmi in dogodki. Vendar po mnenju Masserschmidt (2004) niti dominantne niti dominirajoče moškosti nujno ne legitimirajo hierarhičnih razmerij med moškimi in ženskami, med moškostjo in ženskostjo in med moškimi. Čeprav so včasih hegemone moškosti tudi dominantne, te niso hegemone, če ne legitimirajo patriarhalnih razmerij. Moški in ženska sta sama po sebi relacijska koncepta, ki imata pomen samo v vzajemnem odnosu, sta družbeno razmejena in predstavljata kulturno nasprotje. To drži ne glede na spremenljivo vsebino razmejitev v različnih družbah in zgodovinskih obdobjih. Moškost kot predmet preučevanja je vedno moškost v odnosu. Kar razumemo kot moško, v bistvu oblikujejo prakse, ki jih strukturirajo odnosi med spoli in so po svojem bistvu historične, njihovo tvorjenje in prirejanje pa je politični proces, ki vpliva na ravnovesje interesov v družbi in na usmeritev družbenih sprememb (Connell, 2012, str. 78). Temeljna težava teorije spolnih vlog je v dojetanju vprašanj moči. Če razlike med moškimi in ženskami pojasnujemo s sklicevanjem na diferenciacijo spolnih vlog, predpostavljamo širok konsenz, hkrati pa zanikamo problem nasilja in potlačimo pomen prisile. Težave z močjo so del širše problematike, povezane z družbeno dinamiko (Connell, 2012, str. 58).

Po Bourdieu (2010) se moška dominacija izraža v moči moškega reda, ki ne potrebuje utemeljitve in ki se vsiljuje kot nevtralen. Je družbeni red, ki deluje kot ogromen simbolni stroj in teži k temu, da bi potrdil moško dominacijo, na kateri temelji. Vztraja pa tudi s pomočjo simbolnega nasilja, ki ga Bourdieu razume kot mehko neobčuteno nasilje, nevidno celo njegovim žrtvam. Nasilje, ki se pravzaprav dogaja po simbolnih poteh komunikacije in zavedanja ali natančneje spregleda priznavanja ali celo čustvovanja. Po njegovem mnenju moška dominacija vztraja zaradi delovanja dehistorizacije, pri kateri gre za zgodovino nepretrganega poustvarjanja objektivnih in subjektivnih struktur moške dominacije, ki se trajno udejanjajo, odkar obstajajo moški in ženske in s katerimi se je moški red reproduciral nepretrgoma iz obdobja v obdobje (Bourdieu, 2010, str. 96-97). Reproduciranje moške dominacije je po njegovem mnenju rezultat delovanja treh glavnih institucij sistema družine (kjer se je zgodaj vcepila izkušnja spolne delitve in oblikuje predstava o zakonitosti te delitve), cerkve (ki vceplja družinsko moralo, podrejeno patriarhalnim vrednotam in temelječo na dogmi o manjvredni ženski) in šole (ki na podlagi lastnih hierarhičnih struktur in spolno zaznamovanih praks prispeva k oblikovanju takih družbenih usod kot individualnih intimnih samopodob) (prav tam).

Vsesplošno priznana moška prednost se potrjuje v objektivnosti družbenih struktur in v produktivnosti ter v reproduktivnih dejavnostih, utemeljenih na spolni delitvi dela biološke družbene produkcije in reprodukcije, ki dodeljujejo moškim boljši del, in se potrjuje v imanentnih shemah vseh habitusov. Te delujejo kot zaznavanja, misli in dejanja vseh pripadnikov družbe, to so zgodovinske transcendentalije (Bourdieu, 2010). Kadar podrejeni govorijo o svojem razmerju do dominacije, uporabljajo kategorije, ki so jih oblikovali dominantni, zato je razmerje dominacije videti kot nekaj naravnega. Paradokсне logike moške dominacije in ženskega podrejanja, o kateri lahko obenem in povsem neprotislovno rečemo, da je samodejna in izsiljena, ni mogoče razumeti, dokler ne upoštevamo trajnih učinkov, ki jih družbeni red proizvaja pri ženskah in moških, se pravi dispozicije, spontano uglašene z redom, ki jim ga ta logika vsiljuje. Simbolne moči ni mogoče udejanjiti brez sodelovanja tistih, ki se podrejajo, podrejajo pa se ji samo zato, ker jo pravzaprav konstruirajo, ker načelo dominantnega pogleda ni preprosta duševna reprezentacija, fantazma, nekakšna ideologija, pač pa sistem struktur, trajno vpisan v stvari in telesa (Bourdieu, 2010, str. 49).

Kot zatrjuje Connell (2012), je v androcentričnem diskurzu družbeni nadzor nad naravo imperativ za pravilno delovanje moške družbe, kjer se kot določevalna lastnost družbenega sistema. Prav ideja objektivnosti in nepristranskosti je temelj dominantnih javnih diskurzov,

kot so pravo, birokracija, medicina, znanost. Zato je drugačna znanost od tiste, ki izhaja iz vrednosti moškega reda, izključena, utišana in predmet posmehovanja. Ideal nepristranskosti kot del koncepta hegemonične moškosti prav tako proizvaja dihotomijo (javno-zasebno, splošno-posamično, razum-čustva). Z ideološkim delovanjem zakriva načine, s katerimi se dominantne skupine (moški) sklicujejo na univerzalnost in upravičujejo neenake odnose moči. Ženski družbeni značaj je definiran kot podporen, pomočniški moškemu in njemu nasproten. Kar je veljalo kot vrlina pri moškem, je bilo označeno kot patološka lastnost pri ženski in nasprotno. Tako so se nenehno reproducirale enodimenzionalne osebnosti, katerih nepopolnost je bila pogoj za nujno medsebojno povezovanje v hierarhičnih odnosih. Ključna pojasnjevalna kategorija v tem okviru na relaciji javno-zasebno je primarna enota moško vodene družine, ki je bila razumljena kot naravno in samoumevno dejstvo. Ženska identiteta je bila določena s pripadnostjo moškemu in pojasnjena kot odgovor na vprašanja, čigava je, in definirana kot objekt z vključenimi odnosi moči (Ticineto Clough, 1987).

Temelji simbolnega nasilja niso v mistificirani zavesti, temveč v dispozicijah, prilagojenih strukturam dominacije, katerih proizvod so razmerja sokrivde, ki ga žrtve simbolne dominacije zagotavljajo tistim, ki jim dominirajo. Zlomi jih lahko samo temeljita sprememba družbenih okoliščin proizvodnje dispozicije, ki podrejene napeljuje na to, da privzamejo gledišče, ki ga vladajoči zavzamejo v razmerju do sebe in do podrejenih (Bourdieu, 2010). Enakovredne pozicije hegemonie moškosti v ženskosti ni, saj so vse ženskosti podrejene hegemoni moškosti. Po mnenju Connell (2012) obstaja ženskost, ki temelji na podrejanju interesov in željam moških. Sestavljena je iz lastnosti, ki jih definiramo kot ženske in vzpostavljajo hierarhično in komplementarno razmerje do hegemonie moškosti, s tem pa zagotavlja dominanten položaj moških in podrejenost žensk. Hegemonični par ženskosti in moškosti, ki sta v odnosu drug do drugega postavljeni v hierarhični odnos (ženskost je podrejena moškosti), do drugih pa sta na vrhu ali v središču spolnega reda, nastopata kot ideala ali merilo presojanja za druge nehegemonične moškosti in ženskosti. Nehegemonične ženske rušijo potrebe po komplementarnosti hegemonične moškosti, brišejo razlike med spoloma in pomenijo upor zoper spolno hierarhijo hegemoničnega para. Nehegemonične ženskosti ali, kot jih poimenuje Schippers (2007), parijske³ ženskosti, so avtsajderske, mejne,

3 Parijci ali nedotakljivi ali Avarna (brez barve ali kaste, Earlich, 1934) so v indijskem kastnem sistemu peta kasta, ki pa dejansko ne pomeni kaste, ker so zunaj kastnega sistema. Znotraj kastne paradigme so parijski bitja brez človeškega dostojanstva, nečisti, nedotakljivi in okuženi. Njihovo ime in delo sta nečastna, dovoljena so jim najnižja dela, povezana z umazanijo, so neizobraženi, brez premoženja, nimajo vstopa v javne prostore, morajo molčati in se ne smejo ničesar in nikogar dotakniti, ker so določeni kot kužni (včasih tudi njihova senca ali zrak okrog njih predstavlja kužnost (Ehrlich 1939, 10).

abjektne ali kužne ženskosti, saj lahko okužijo odnos med hegemonično moškostjo in hegemonično ženskostjo, s tem pa spodkopljajo obstoječi spolni red. Simbolna konstrukcija parijskih ženskosti je nujna za obstoj hegemoničnega para ženskosti in moškosti, saj rabi kot meja ali varovalo danega spolnega reda. Parijske ženskosti so meja ali abjekt.

Hegemonična ženskost je tripartitna ženskost, ki jo sestavljajo trije kraki vlog: matere, žene in gospodinje: je regulirana in nadzorovana konstrukcija moškega reda, ki spoštuje nestabilne meje reda ter institucije in diskurze, ki ga vzdržujejo. Predvsem pa je tripartitna ženskost zaprta ženskost na naslednjih ravneh: telesno (spodobno stisnjena moda, strogi lepotni in higienski režimi, tiranija vitkosti (Bordo, 2003), umsko (plačana profesionalizacija skrbstvenih veščin, družbena nevprašljivost in konformnost, izpolnjevanje materinske naloge, ki pomeni prevzete vloge matere (Lindsey, 2005), prostorsko (v preteklosti umeščenost v zasebno sfero, v postmodernej družbi pa praksa neplačanega reproduktivnega dela, manjša navzočnost na vodilnih položajih (Wearing, 1998) in seksualno (heteroseksualna diadna zveza (Butler, 2001; Weeks, 2003). Pri ženski, ki je konstituirana kot negativna identiteta, opredeljena zgolj s svojimi manjkami, in kjer se njene vrline lahko potrdijo samo z dvojno negacijo, kot zanikana ali presežena napaka ali pa kot manjše zlo. Zato ji vse družbeno delovanje skuša postaviti omejitve, ki vse zadevajo telo, tako opredeljeno kot sveto, te omejitve pa je treba opisati v telesne dispozicije (Bourdieu, 2010). Kot pravi Bourdieu (prav tam), smo kot moški in ženske v obliki nezavednih shem zaznavanja in vrednotenja ponotranjili historične strukture moškega reda. Spolne lastnosti in dejanja so preobremenjeni z antropološkimi in kozmološkimi determinacijami (prav tam). Delitev spolnih in drugih stvari in dejavnosti med moškimi in ženskami je arbitrarna, kadar jo vzamemo izolirano, sicer pa prejme objektivnost in subjektivno nujnost od svoje uvrstitve v sistem homolognih opozicij. Delitev med spoloma je v objektivnem stanju navzoča v stvareh, v vsem družbenem svetu in sočasno v utelešenem stanju, v telesu, v habitusu dejavnikov, ki delujejo kot sistem zaznavanja misli in delovanja (Bourdieu, 2010).

Temeljne delitve družbenega dela in družbeni odnosi dominacije in izkoriščanja, ki se vzpostavljajo med spoloma, se tako progresivno vpisujejo v dva različna razreda, habitusa. V obliko nasprotujoče in komplementarne telesne heksis ter načel videnja in delitve, ki peljejo h klasifikaciji vseh stvari sveta in vseh praks glede na razlikovanje, ki jih je mogoče zreducirati na nasprotje med ženskim in moškim. Moškim na zunanji strani, ki je stran uradnega, javnega, premočrtnega, visokega, enkratnega, in ženski na notranji strani, ki je zaznamovano z vlažnostjo, nizkostjo, upognjenostjo in nepretrganostjo. Obsojena so, da dajejo občutek

naravne utemeljenosti njihove pomanjšane identitete, ki jim je družbeno dodeljena (Bourdieu, 2010).

2.6 Diskurz telesa

Kot pravi Leskošek (2016), je telo⁴ aktualiziral feminizem, ki se je ukvarjal z vednostjo in oblastjo oz. s teorijo in politiko telesa. Razprave o telesu se ukvarjajo z naravnim in družbeno konstruiranim telesom ter s spolno razliko, in se med seboj razlikujejo po tem, kakšno vlogo in moč dajejo enemu ali drugemu izhodišču. Tako je ženska kulturna identiteta pogojena s kulturno percepcijo njihovih teles. Opredeljeval jih je odnos družbe do ženskega telesa, ki je vplival na definiranje ženskosti (prav tam). Feministične teoretske konceptualizacije razlik med konstruiranim in biološkim spolom je za dolgo obdobje postavilo v ospredje raziskovanje odnosa med diskurzivnimi in empiričnimi ženskimi telesi (Šribar, 2004). Koncept družbenega spola je bil strateško uporaben v feminističnem angažmaju proti biologističnim argumentom, ki so utemeljevali in še vedno utemeljujejo družbeno razmerje spolne neenakosti. Dekonstrukcije spola so poleg praks vsakdanjega življenja, umetnosti, medijev vključile analizo medicinskih, biomedicinskih in bioloških diskurzov o spolu in telesu. Biološka telesa so se v tem kontekstu razkrila kot objekt zainteresirane znanosti in postala v svoji posrednosti skozi patriarhalno ideologijo konceptualno vprašljiva in neločljiva od družbeno konstruiranega spola. Zavrnitev patriarhalne paradigme v feministični epistemologiji pomeni prevrednotenje objektov in njihovo aktiviranje in sodelovanje v procesu vzpostavljanja znanstvene in teoretske vednosti (Šribar, 2004, str. 21).

Prav delitev na um in telo je imela za ženske skozi zgodovino usoden pomen, saj so jih različne ideologije vezale le na telesni binarni pol. Objektivnost, racionalnost, sprejemanje odločitev so pripadali moškemu, subjektivnost in preprostost pa ženskam. To je postavilo ženske v podrejen položaj. Bolj ko je kakšna skupina moških dobivala družbeno moč, bolj so bile ženske izločene (Leskošek, 2002, str. 34). Glavno pravilo delovanja obeh je definiranje razlik med normalnim in patološkim, s tem lahko uravnamo in discipliniramo človekovo vedenje. Razlika pa nikoli ni dokončna, ampak arbitrarna. Iščemo znamenja nenormalnega telesa, ker brez tega ne moremo vzpostaviti normalnega. Nepravilna telesa so izključena iz družbe, vendar brez njih ne more delovati. Čeprav se definicije nenormalnega telesa v času

⁴ Telo je tema vsega drugega vala feminizma, najdemo ga tudi v besedilih prvega vala.

spreminjajo, njihova kulturna vloga ostaja enaka. Družbe vedno znova iščejo točke nenormalnega, da lahko vedno znova definirajo normalno. Zato so tudi osnovna prepričanja o spolni razliki ali konstrukciji ženskosti in moškosti podobna, določajo jih oblastna razmerja, ki neenakosti legitimirajo tako, da postavijo veljavna merila moškosti za univerzalna in merila ženskosti za manjvredna (Leskošek, 2000, str. 69). Izključujoča hierarhija med moškim razumom in ženskim telesom je razvrednotila vse, kar se je povezovalo z žensko, predvsem se to kaže pri konceptu telesa in pojmovanju narave kot ženskega principa. Povezovanje žensk z naravo in obratno je vodilo v ustvarjanje binarnega odnosa narava/ženske, kultura/moški, kjer je dominantni pol kultura/moški, naravo pa nadzoruje in določa njen pomen. Nadrejenost kulture/moških nad naravo/ženskami se pojavlja ob hkratnem dejanju pomena ženskosti šele prek moških (Marshall in Witz, 2004, str. 40).

Pojem civiliziranega telesa se je razvil v zgodnji moderni. Civilizirano telo je tisto, ki se samonadzoruje, ki je avtonomno in se samoupravlja. Ima trdno postavljene meje do zunanjega sveta in do drugih teles, kontrolira izločanje in vnašanje hrane in pijače. Nasprotje temu so predstave grotesknih neciviliziranih teles, kamor sodijo tudi telesa uporabnic prepovedanih drog, predvsem pa nosečnic, ki s svojim vedenjem ne zmorejo/nočejo kontrolirati vnosa substanc, vedenja (Ule, 2003, str. 63). Tako telo postane sredstvo, ki pokaže, kdo smo in kaj lahko postanemo. Kako se naša telesa premikajo v družbi, se oblikuje s kompleksnimi kulturnimi vrednotami družbe. Telo postane temeljna značilnost razlikovanja (Turner, 1992), v katerem je vedenje telesa pomemben del kulturnega in fizičnega kapitala (Bourdieu, 2010), kar pomeni, da telo predstavlja status s tem, ko se premika (Anderson, 2008). Telo je lahko videno kot končni produkt celotnega sistema odnosov moči. Človeško telo je politično oblikovano, skozi zgodovino in prakso nadzora. Telo daje poudarek za regulativne prakse, ki se izvajajo nad posameznikom kot materialno osebo, ki uporablja droge. Telo je produkt odnosov moči, je objekt moči, ki je kontrolirano, upravljano in je objekt reprodukcije (Turner, 1992). Teoretiki utelešenja trdijo, da se sama moč kaže skozi disciplino telesa in tehnologije in skozi regulativne prakse, ciljane na specifično populacijo. Že od razsvetljenstva je telo ključna točka nadzora in racionalne kontrole. Telo je bilo zgrajeno v središču nadzornih diskurzov in je bilo seksualizirano in medikalizirano, in to se dogaja skozi novo vrsto moči, biooblasti⁵ (Braidotti, 1994). Biooblast pomeni narediti telesa normalna in v skladu z družbo,

⁵ Foucault (1990: 142–143) je razvil koncept biooblasti, pri katerem gre za mehanizme za upravljanje populacije in discipliniranje posameznikov. Slonijo na ideji oblasti nad življenjem namesto poprejšnjega gospodovanja s smrtjo oziroma discipliniranja (kaznovanja) z grožnjo smrti in smrtjo. Foucault pokaže na simbiotično povezanost medicine in države in na preobrat upravljanja populacije in posameznikov. Država je omogočila

je družbena sila, ki proizvaja in normalizira telesa, ki služijo odnosom dominacije in podrejenosti. Cilj biooblasti je popoln nadzor nad ljudmi (prav tam). Nadzor nad ženskim telesom zaobjema tako fizično kot družbeno telo ženske, ker nadzor niti ni viden niti ni določljiv. Njegov izvor se kaže kot vseobsegajoči nevidni nadzor, ki prihaja z vseh strani družbe in je vpet v temelje njenega delovanja. Ker je telo spremenljiva entiteta tako s časovnega, materialnega, mobilnega in zdravstvenega vidika, še vedno predstavlja negativni pol sebstva – motnjo, odklon od razuma ali božjega principa, seksualno željo, nasilje, smrt (Bordo, 2003, str. 23). Telo je podrejeno regulaciji, družbenemu nadzoru in mora biti kontrolirano v skladu z obstoječimi normami. Je odsev družbe, ki ga obdaja zbirka socialnih pravil in reda (Kuhar, 2004). Nadzorovano telo pomeni nadzorovano željo, ne samo to, kaj si lahko želimo, temveč tudi, kako si lahko želimo. Žensko šibko telo vzdržuje zlasti ideal ranljive, šibke ženske, še posebej skupaj z mišičastim idealom moškega (Leskošek, 2000, str. 59). Zaznamovanost ženskega telesa pomeni, da je ženska biodegradirana. Biološkost ženske je družbeno definirana prek korpusa vodilnih javnih in znanstvenih diskurzov, družbenost ženske pa je biološko determinirana (Švab, 2001, str. 96). Ženska je najprej telo, šele potem družbeni subjekt. Biodegradacija ženske je institucionalizirana, legitimizirana, naturalizirana in nenehno performativno reproducirana na vseh družbenih ravneh, tudi v vsakdanji mikro interakciji (Lorber, 1994; Connell, 2012).

Rosi Braidotti (2002) izpostavlja napete odnose med telesi in uporabo diskurzov z upoštevanjem zatiralske ideje o telesih. Trdi, da so telesa fragmenitrana v diskurzih, še posebno v biomedicinskem. Po eni strani biomedicina podpira metafizično enotnost telesa, ki temelji na skrbnem ravnotežju opozicije med telesom in umom. Na drugi strani pa drugi diskurzi poleg medicine prava telo uporabljajo za tarčo. »Občutenje telesa je močno povezano z občutkom suverenosti nad njim samim, sebe vidimo kot nenehen nedovršen projekt, ki zahteva stalno delo in napor oblikovanja in izboljševanja. Skušamo vnašati red v to, kar občutimo na sebi in okrog nas, kot neurejeno, negotovo in kot pravi temu Foucault

medicini organiziran in zaprt sistem pridobivanja in širjenja znanja ter sistematizirano produkcijo vednosti. Dobila je moč za izvajanje naloge, vzpostaviti je morala pozitivno vlogo zdravja, kreposti in sreče (Kamin, 2006:32). Po Foucaultu moramo vsako oblast, tudi biooblast, razumeti kot strategijo, kot razpršeno mrežo nevidnih odnosov sočasnega nadzora in upora, ki zadevajo vsakogar. Nevidnih zato, ker oblast deluje subtilno, lokalno kontinuirano, prek praks vsakdanjega življenja (Foucault, 1991: 29–40). Bolj ko je nevidna, bolj ko je naturalizirana v vsakdanjem življenju, bolj ko se zdi naravna in samoumevna, bolj je učinkovita. Biooblast se izvaja s skupkom oblastnih tehnik na anatomske politiki na mikro ravni človeškega telesa in makro ravni, torej ravni populacije (Foucault). Telo se obravnava tudi na druge načine, ki se spreminjajo skladno s spreminjanjem družbe zlasti z vidika tehnologije in družbenoekonomskih okoliščin družbe. Medtem ko je anatomska politika usmerjena k telesu posameznika, ne glede na to, kako ga obravnava, pa je druga vzporedna veja biooblasti, biopolitika populacije, usmerjena k telesu družbe. Usmerjena je k nadzornim sistemom in intervencijam za upravljanje bioloških procesov na ravni populacije (Kamin 2006: 32–33).

tehnologije sebstva, ki vsebujejo prostovoljno ponotranjenje norm glede primerne vedenja, zato, da bi dosegli kar najboljše sebstvo oziroma podobo o njem, samospoznanje, samoobvladovanje in čim boljšo skrb za samega sebe.« (Ule, 2003) Kot pravi Kamin (2006), lahko poudarjeno skrb za telo in zdravje razumemo kot individualiziran odgovor na vsa kompleksnejša družbena dogajanja, ki posameznika odtujujejo od političnih družbenih odločitev in njihovih posledic. V tem primeru je lahko umik v navidezno obvladljivo individualna izkušnja, ki pa je lahko tudi družbena prezentacija individualne odgovornosti do sebe in posledično do širše družbe (prav tam).

Giddens pravi (2000), da je bil tudi izum seksualnosti za Foucaulta del določenih procesov, ki so delovali pri oblikovanju in utrjevanju modernih družbenih institucij. Moderne države in moderne organizacije so odvisne od natančnega nadzora prebivalstva v času in prostoru. Do takega nadzora je prišlo z razvojem politične anatomije človeškega telesa, pri čemer je bil cilj tehnologij upravljanje telesa, da bi uravnavali in tudi optimizirali telesne zmogljivosti. Po mnenju Connell (2012) ima z vidika discipliniranja in nadzorovanja seksualnost v družbi odmerjeno posebno mesto, saj je vezana neposredno na telo ter se nahaja na stičišču med telesom in populacijo kot sredstvo reguliranja in discipliniranja življenja in se hkrati postavi kot norma. Ker je telo po binarnem kodu delitve na um/telo pripisano ženski, ne gre zgolj za občo seksualnost in njeno nadzorovanje, temveč gre za žensko seksualnost. Nadzorovanje v največji meri poteka skozi žensko telo in njegove funkcije kot kolektivno telo (Connell, 2012). Žensko so definirali kot patološko predvsem zato, da so ohranili osnovno razvrednotenje žensk in ji odvzeli razum. Odnos družbe do ženskega telesa namreč definira ženskost. Obvladuje ga želja po nadzoru reprodukcije, ki narekuje celo vrsto disciplinskih praks, ki podredijo žensko telo kot nosilca reprodukcije, zato je bilo pomembno vprašanje, kako podrediti žensko, da bi si prisvojili reprodukcijo. Proces je mogoče definirati tudi obratno, če nadzorujemo žensko reprodukcijo, nadzorujemo žensko v celoti. Vendar pa ves odnos ni le v nadzoru reprodukcije, saj so disciplinske prakse namenjene ustvarjanju krotkih teles, ki jih je mogoče upravljati in jih zaposliti tako, da se morajo nenehno ukvarjati s svojim preživetjem in položajem (Leskošek, 2002). Žensko telo ni zgolj konstituirano kot pomanjkanje, temveč tudi kot prepustnost in nenadzorovano puščanje, ki mu poleg falusa manjka tudi zaprtost vase (Burkitt, 1999; Grosz, 2008). Odprtost ženskega telesa pomeni največjo grožnjo moškemu redu, ki povečuje ideal stabilnega subjekta, ki je čist, zamejen od drugih entitet, emocionalno zaprt, instrumentalno-ciljno naravnan in pod nenehnim nadzorom

razuma. Potlačitev telesnih vidikov sebstva, ki je zvezano z naravo/žensko/materinskim, pomeni tudi potlačitev misli o minljivosti in smrti.

Po mnenju Rosi Braidotti (1998) morajo ženske o svojem telesu spregovoriti same in tako začeti spreminjati veljavna prepričanja in spodkopavati verovanja v »naravne« temelje družbeno kodiranih razlik, vrednot in reprezentacij (Braidotti, 1998). Telo je v zadnjih dveh desetletjih postalo pomemben okvir za raziskovanje, predvsem feministično, tudi na področju odvisnosti od prepovedanih drog in prav tako na področju raziskovanja ženske odvisnosti (Anderson, 2008).

Vsi ti procesi so vgrajeni tudi na področju drog. Posamezniki, ki odstopajo od moralnih norm, so obravnavani kot družbeno in moralno slabši, njihove moralne in socialne težave se pooseblja. Droga označi telesa posameznikov, določi njihov nižji status in pomanjkanje moralnosti. Telo, ki uživa droge, postane sredstvo za reševanje različnih težav, s katerimi se srečujejo vsa telesa. Vendar se težave zaradi droge povečujejo, ker so uporabniška telesa vključena v kulturo tveganja, v kateri veljajo specifične norme spola, stilov, pravil, ki so vpletena v svet drog, in tukaj so ženske uporabnice v slabšem položaju v primerjavi z moškimi (Ettore, 2004). Deviantno utelešenje pomeni, da se lahko posamezniki klasificirajo kot deviantni, saj morajo biti prepoznavni, ker se deviantno socialno vedenje vedno manifestira v deviantnem telesu. To so posamezniki, ki odstopajo od družbenih norm kot socialno in moralno sporni., zato so njihova telesa označena z nižjim statusom in pomanjkanjem moralnosti. Omenjene ideje pomagajo ustvariti politike glede odnosov med spolom, telesom in močjo in uporabo drog (Ettore, 2004).

Prečkanje meja lahko pri uporabnici drog poteka na njenem telesu 1) ko gre za vidnost oz. prepustnost narave na ženskem telesu, 2) ko se pojavijo simbolni označevalci hegemonične moškosti pri vsakodnevnem delovanju posameznice, 3) ko gre za izključenost iz tradicionalnih ženskih vlog. Če se prečkanje razume kot spirala, potem nima dokončnega cilja, saj gre za proces nenehnega prečkanja meja, ker se te vsakič znova vzpostavljajo. Vsak drugi prek procesov purifikacije določi in označi svoje drugo, kar pomeni, da ne obstaja absolutno Drugo, temveč je le relativno in začasno (Bernard, 2005, str. 124). Po Kristevi (1989) abjektnost ženske predstavlja njena proaktivna funkcionalnost, torej narava (življenje in smrt), ki ji želi moški ubežati. Žensko telo ima abjektni status umazanega telesa, ki pa je ambivalentno, poželjivo in zastrašujoče, hranljivo in morilsko. Tabu telesa kot propadajoče entitete izhaja iz moškega zanikanja telesnosti/ženskosti/materinskosti, ki pa se kaže v

nenehnem pojavljanju telesnih odpadkov, izvržkov, izločkov. Telo lahko živi le prek propadanja tistega, česar ne potrebuje več in kar je odslužilo namenu.

Žensko telo je treba socializirati, umestiti v kulturne modele (institucije, norme, običaje, vednosti), ki so koristni moškemu spolnemu redu, in ga nenehno ideološko regulirati. Dobra ženskost je moška konstrukcija spolnemu redu koristne ženskosti, pri kateri je prisotnih čim manj elementov ženske umazanije (telesne, spolne, seksualne, moralne, socialne) oz. abjektности. Pomeni nadziran, reguliran, nadzorovan in discipliniran model moderne ženskosti, ki izhaja iz viktorijanske ženskosti – bele, srednjerazredne, heteroseksualne, materinske in umeščene v zasebno sfero (Weeks, 1989; Bordo, 2003; Šadl, 2009).

Vsak odklon od tega pomeni drugost, pomeni vzpostavljanje moči, nadzora in reda nad vsem, kar se določi kot odklonsko drugo, vse, kar je dvoumno, neopredeljivo, izmuzljivo (Pickering, 2001). Uživanje drog med ženskami pomeni prečkanje meja med tradicionalnimi konstrukcijami moškosti in ženskosti, saj kot pojav vsebuje elemente moškosti, pomeni neke vrste spolno umazanijo, vendar po mnenju Douglas (2010) umazanija ne obstaja, če ne obstaja klasifikacijski sistem (spolna dihotomija). Umazanija pomeni obstoj snovi na nepravem mestu. Spolna nečistost pa izhaja iz mešanih kategorij ali dvoumnosti, kar se razdvaja, čeprav bi moralo ostati skupaj (ženska in subkultura uživanja drog), ali kar se združuje, a bi moralo ostati narazen. Družbeni odzivi na koncept tujosti ali umazanije so povezani s procesi stereotipizacije ali drugačenja (Jordanova, 1989, v Pickering, 2001), katerega namen je s privilegirane perspektive fiksirati druge ljudi (v našem primeru kriminalizirati, kaznovati, prisilno hospitalizirati, stigmatizirati) v kulture, dejanja v določene pozicije, ki jih je mogoče izključiti iz simbolnega reda. V primeru ženske uporabnice drog oziroma slabe ženske je mejna črta dojeta kot del zunanjega kaosa, v primeru dobre ženske pa kot inherentni del notranjega moškega reda. V prvem primeru je treba žensko regulirati, v drugem pa je potrebno le še vzdrževanje kontrole in discipline. Mejna ženska je neumeščena ženska, saj prestopa meje prepisanega prostora, kamor jo umeščajo diskurzivni režimi in oblastne strukture. Je stvar, ki ni na svojem mestu, ker prestopa meje androcentričnega urejenega sveta ter krši njegove klasifikacije in kategorizacije (Douglas, 2010).

3 ŽENSKÉ IN ODVISNOST

3.1 Opredelitev odvisnosti

Odvisnost lahko definiramo z različnih vidikov, najbolj široko z vidika medicine in družboslovja. Znotraj posameznih znanstvenih diskurzov so opredeljeni tudi različni pojmi, kot sta zasvojenost in odvisnost. Nekateri ju pojmujejo kot sopomenki, drugi pa opredeljujejo razlike med njima. WHO (2018) obravnava zasvojenost kot ponavljajoče se jemanje psihoaktivne snovi – droge do te mere, da je uporabnik ob zaužitju substanc periodično ali kroničnem omamljen in ima velike težave pri prostovoljnem prenehanju ali zmanjšanju njihove rabe in jih vztrajno uživa, ne glede na posledice. Odvisnost je opredeljena kot stanje, v katerem uporabnik nadaljuje rabo substance, ne glede na zdravstvene, psihološke, odnosne, družinske ali socialne probleme. »Zasvojenost je stanje periodične ali kronične intoksikacije, ki jo povzroča ponavljajoče se jemanje droge. Značilnosti zasvojenosti vključujejo vsepremagujočo željo in potrebo po nadaljnjem uživanju droge in pridobitvi te droge za vsako ceno, nagnjenost k povečanemu odmerku, psihično (psihološko) in splošno fizično odvisnost od učinkov droge ter škodljive učinke na posameznika in družbo« (Kvaternik, 2006, str. 34).

Lindesmith (1969) je iskal splošno definicijo odvisnosti in ugotovil, da je telesna odvisnost preohlapen in hkrati nezadosten pogoj za definiranje fenomena odvisnosti. Taka definicija izključuje tiste, ki so odvisni, pa v tistem trenutku niso v stanju telesne odvisnosti, vključuje pa tiste, ki so telesno odvisni, vendar ne hlepijo po drogi. Prav želja ali bolje rečeno hlepenje je značilno za uživalce. Lindsmith zatrjuje, da hlepenje ni posledica želje po užitku, ki je eno od gonil uživanja, a pogosto prav v obdobju odvisnosti pojenja (Hočevar, 2005, str. 23).

Polajner (2006) trdi, da je treba na človekovo zasvojenost – odvisnost gledati celostno in se ne opirati zgolj na posamezen vidik zasvojenosti. Treba jo je torej razumeti kot interakcijo »več posameznih, fenomenoloških, edinstvenih ter individualno pogojenih začaranih krogov« (Polajner, 2006, str. 47–48). Potreben je celosten pristop, ki vključuje biološko-kemični vidik, psihološko-osebnostni, doživljajski, družinsko-odnosni, družbeno-vrstniški, duhovno-ontološki vidik ter vidik duševnih ran oziroma težjih travm. Medtem Flaker (2013) opredeljuje zasvojenost kot povezavo med odvisnostjo, krizo, jemanjem droge in občutjem hlepenja po drogi. Hlepenje temelji na ideji užitka, izogibanja krizi in na stopnjevanju dejavnosti (povečevanje odmerka, tolerance). S stopnjevanjem hlepenja se stopnjuje tudi

osamljenost in individualnost človeka, ki hlepi. Vendar je tragični paradoks zasvojenosti prav to, da užitka več ni, da se izmika. Užitek je na eni strani le v izogibanju nelagodju, na drugi strani pa v stopnjevanju same zasvojenosti. Flaker (2013) trdi, da je kriza hlepenje po užitku, ki ga nikoli ni več mogoče doseči in nas sili v porabo. Težavam zaradi samega uživanja pa se pridružijo še težave zaradi preganjanja in družbenega izobčenja. Zdravstveni in socialni aparat pa stopita v funkcijo prohibicije (prav tam).

Po mnenju Giddensa (2000) je bil pojem odvisnosti sprva skoraj v celoti povezan s kemično odvisnostjo od alkohola ali različnih vrst drog. Ko so ga medikalizirali, pa so ga opredelili kot fizično patologijo, kar je pomenilo, da se odvisnost nanaša na stanje organizma. Vendar so s takim pojmovanjem prikrili dejstvo, da se odvisnost izraža s prisilnim vedenjem. Celo pri kemični odvisnosti dejansko merimo posledice, ki jih ima ta navada za posameznikov nadzor nad njegovim življenjem in s težavami, ko želi opustiti to navado. Prisilno vedenje je oblika vedenja, ko posameznik težko preneha jemati drogo ali ne more prenehati samo z močjo volje, kadar pa tako vedenje ponovi, doživi sprostitvev napetosti. Prisilno vedenje ima ponavadi obliko stereotipnih osebnih obredov in je povezano z občutkom nadzora nad seboj (Giddens, 2000, str. 76).

Sodobne medicinske definicije odvisnosti v *Diagnostičnem in statističnem priročniku za mentalne motnje* (DSM – 5) odvisnost uvrščajo v širšo kategorijo motenj, ki so vezane na substance. Sem spada deset vrst motenj. Vsaka opisana motnja je vezana na posebno substanco: alkohol, kokain, kanabis, halucinogeni (s posebno kategorijo za PCP in drugimi halucinogeni), inhalanti, opioidi, sedativi, hipnotiki in anksiolitiki, stimulansi, tobak in ostale ali neznane substance (APA, 2013). V to kategorijo uvršča še motnjo hazardiranja, za druga ponavljajoča se vedenja pa še ni bilo postavljenih dovolj diagnostičnih meril. Diagnoza posameznika z motnjo uporabe substanc temelji na opredelitvi patoloških vzorcev vedenja, ki so povezani z uporabo substanc. Za diagnozo obstaja 11 meril, ki se delijo na širi podskupine: oslavljen nadzor, slabša socialna vključenost, rizična uporaba in farmakološki kriteriji (APA, 2013). V medicinskem diskurzu je odvisnost determinirana kot duševna bolezen, ki je po mnenju Foucaulta (1998) usmerjena k nadzorovanju množic, ne le posameznikov. Duševna bolezen postane medicinski tehnični izraz, ki se distancira od tradicionalnih pojmov obsedenosti, nasilnosti in izredne inovativnosti (prav tam).

ASAM (2011) opredeljuje odvisnost kot nezmožnost konsistentne abstinence, motnje v nadzorovanju vedenja, hlepenje, zmanjšano prepoznavanje pomembnih problemov v vedenju

in medosebnih odnosih ter disfunkcionalni emocionalni odziv. Pogosto odvisnost vključuje recidive in remisije oz. ponavljajoče se ponavljanje bolezni. Brez zdravljenja ali strokovne obravnave pa naj bi bila odvisnost progresivna bolezen, ki lahko pripelje do smrti (ASAM, 2011). Ta teorija se naslanja na sodobne nevrološke raziskave in dognanja, ki so pripomogla h konstrukciji vodilnega medicinskega diskurza o odvisnosti. Na podlagi tega diskurza se oblikujejo različne politike do drog in različne metode zdravljenja odvisnosti, kar vpliva tudi na odnos do nosečnic in mater uporabnic drog, kar bomo predstavili v naslednjih poglavjih (Martič, 2015).

V diskurzu medicine je odvisnost torej poimenovana kot kronična vseživljenjska bolezen, pri kateri je recidiv del bolezni oziroma značilnost te motnje, kar pomeni, da v poteku bolezni prihaja do občasnega poslabšanja oziroma recidivov bolezni. Obstajajo tri vrste dejavnikov, ki povečujejo hrepenenje po drogi, kar velikokrat vodi v recidiv: 1. samo en požirek, dim, črtica lahko izzove ponovitev vseh znakov odvisnosti, 2. namigi v obliki krajev, ljudi, situacij, povezanih z uživanjem drog, lahko vzbudijo asociacijo in željo, 3. razlog za recidiv je lahko kratkotrajni ali dolgotrajni stres. Cilj obravnave je, da se posameznik nauči ravnati in obvladati tvegane situacije oziroma dela na preventivi recidiva (Čebašek Travnik, 2004). Negotovost in nevarnost, da se recidiv lahko zgodi kadarkoli, je bil tudi eden od pomembnih dejavnikov tveganja, s katerimi so se soočale uporabnice drog, in je tudi dejavnik, na katerega se osredotočajo strokovni delavci v procesu obravnave. Tudi ob vzpostavitvi abstinence posameznik ves čas živi v tveganju in nevarnosti za ponovni zagon kronične bolezni. Nekatere raziskave kažejo, da so bili pri ženskah uporabnicah razlogi za recidiv predvsem povezani z negativnimi čustvi, medosebnimi konflikti in družbeni pritiski (Pyng Sun, 2009). Raziskovalci (Walton, Chermak in Low, 2001) ugotavljajo, da je recidiv pri moških bolj povezan z družbenim pritiskom, ženske pa pogosteje recidvirajo zaradi stresnih konfliktov v odnosih (prekinitev partnerske zveze, recidiv partnerja, odvzem otroka ...). Annis (1990) je ugotovila, da je recidiv pri ženskah bolj povezan z negativnimi situacijami in čustvenimi stanji, pri moških pa s pozitivnimi situacijami in čustvenimi stanji (družba).

Flaker (2002) je sestavil tipologijo uživalcev drog, ki jo je povzel in sestavil s križanjem tipologij različnih avtorjev⁶. Opredeli jo kot dinamično, to pomeni, da so mogoči prehodi iz

⁶ Flakerjeva tipologija v največji meri sloni na Kuševičevi (1987, 197–203): eksperimentatorji, ki poskusijo drogo, rekreativni uživalci, ki občasno ali celo v rednih časovnih razmikih uživajo drogo, funkcionalni odvisniki, ki so odvisni od droge, v družbi pa normalno funkcionirajo, disfunkcionalni odvisniki, ki so odvisni od droge in ne funkcionirajo več normalno, družbenotradicionalni, ki živijo v kulturah, kjer je uživanje drog del življenja,

enega tipa v drugega, pri tem pa je tudi možno, da se posameznik ustavi v določeni fazi oziroma tipu uživanja drog ter da obstajajo tudi retrogradni premiki, »nazadovanje« v zgodnejšo fazo. Možna je tudi regresija na stopnjo neuživanja drog (Kvaternik, 2006, str. 50). Tipologija je naslednja:

- **neuživalci:** so vsi, ki niso nikoli poskusili heroina in drugih opiatov. Vendar ni jasno, ali mednje sodijo tudi tisti, ki so kdaj užili mamilo, in še zlasti tisti, ki so bili zasvojeni ali džankiji⁷, a niso več. Glede na razvoj vloge je ta kategorija na začetku, na koncu ali tudi vmes;
- **priložnostni (naključni, občasni) uživalci:** sem lahko uvrstimo tiste, ki uživajo mamilo občasno ali eksperimentalno, in tiste, ki ne »poskušajo«, temveč uživajo, ko imajo priložnost. Vzorec uživanja je naključen in kaotičen, neurejen v primerjavi z drugimi tipi uživanja;
- **redni uživalci:** mamilo uživajo redno, tj. z ustaljenimi časovnimi vzorci, vendar ne razvijejo odvisnosti ali zasvojenosti. Posameznik lahko redno uživa mamilo iz povsem rekreativnih vzgibov ali pa je to del njegove terapije;
- **odvisni uživalci:** sem uvrščamo uživalce, ki so odvisni od mamila, vendar tega ne vidijo kot zasvojenost. Ti uživalci se svoje odvisnosti ne bodo nikoli zavedali in bodo abstinenčne težave interpretirali drugače;
- **zasvojeni uživalci:** to so uživalci, ki se jim zaradi tega ni poslabšal socialni status. Naučili so se pohlepa po mamilu, ko so prepoznali svoje abstinenčne težave, in s ponavljanjem te izkušnje pridobili vedenje zasvojenega (kadilci);
- **džankiji:** specifična razlika med kategorijama džanki in funkcionalni zasvojenec je v socialni degradaciji in propadanju, pri džankiju je vloga bolj dominantna in bolj razčlenjena, to je posredni ali neposredni učinek kriminalizacije in z njo povezane stigmatizacije ter velikih stroškov, povezanih z vzdrževanjem zasvojenosti.

Raziskovanje se pri odvisnosti osredotoča na to, kako se širi, kaj jo povzroča, na prognozo in zdravstvene posledice. Z nekaterimi izjemami med strokovnjaki prevladuje individualistična, vzročna razlaga bolezni, njihova analiza temelji na bolnem, neprilagojenem ali šibkemu posamezniku in se ne usmerjajo na družbene, socialne in kulturne okoliščine. Posplošene

terapevtski uživalci, ki uživajo drogo kot zdravila, ter nekomformisti, ki uživajo drogo kot način odpora proti obstoječim vrednotam.

⁷ Džanki zasvojenec postane takrat, ko mu droga postane najpomembnejša stvar na svetu, tedaj ne more več igrati drugih vlog, ne da bi ga zaznamovala dominantna vloga džankija (Flaker, 1999: 51).

izjave izražajo pogled na droge kot na zlo, njihovi učinki spodkopavajo posameznikovo zdravje, kar vodi k razpadu družbe in skupnosti (Coomber, 2006). Klasični stereotipi in miti temeljijo na pretiravanju in izkrivljanju učinkov drog. Takšni miti se kažejo v delovanju različnih skupin: preprodajalcev drog ki nadzirajo proizvodnjo in sceno uporabnikov drog; uporabnikov, ki imajo razlago, zakaj jemljejo drogo; bivših uživalcev, ki postanejo odvisni od skupin in se vidijo kot reintegrirane v skupnost; socialnih institucij, ki se povezujejo s policijo, kazenskim sistemom in farmacevtskim lobijem; belih dominantnih moških; mainstreamovskih medijev in religioznih ali moralnih skupin. Tako droga postane profitna industrija v neoliberalni družbi.

V tem procesu spol postane neviden, naturaliziran ali pa je omejen na delovanje možganov in njihovo funkcijo na način, da možgani dodatno naturalizirajo spol in spolne razlike. Vendar, kot utemeljujejo Brown, Seragarian, Trembely in Annis (2002) v razvojnem modelu odvisnosti, imata oba spola patološki odnos do objekta in procesa odvisnosti. Gre za izkušnjo boleče potrebe in želje po alkoholu, drogi, hazardiranju, hrani. Gre za potrebo, ki je ni mogoče ustaviti. Gre za ponavljajoč se proces, ki deluje na impulz zadovoljiti ali utišati notranjo potrebo, ki ponavadi vključuje čustveno ali konkretno grožnjo lastni varnosti. Ideja odvisnosti ima povečini negativen pomen, kjer moški in ženske nimajo zmožnosti, da bi sprejeli izgubo kontrole, saj njeno sprejetje implicitno pomeni odvisnost (prav tam, 2002). Odvisnost se torej pojmuje kot skupek fizioloških, vedenjskih, kognitivnih, socialnih in psiholoških simptomov, ki se pojavljajo pri rednem ponavljanju zasvojitvenih dejavnosti. Najbolj pogosto omenjene lastnosti zasvojenosti so (Flaker, 2002; ASAM, 2011):

- oslavljen nadzor nad odvisnostno dejavnostjo,
- prisotnost tolerance in abstinenčnih simptomov ob zmanjšanju ali prenehanju zasvojitvene dejavnosti,
- prisotnost močne želje ali hlepenja,
- repetitivnost zasvojitvene dejavnosti,
- znak kompulzivne uporabe,
- težave pri zmanjšanju ali prenehanju zasvojitvene dejavnosti,
- vztrajanje z zasvojitveno dejavnostjo kljub negativnim posledicam,
- zasvojitvena dejavnost sčasoma dobi prioriteto v posameznikovem življenju.

Pri tem je treba upoštevati tudi vrsto, način in količino uporabljenih substanc in njihovih učinkov ter njihove fizične, psihološke in družbene posledice. V nadaljevanju bomo opisali najpogosteje uporabljene prepovedane droge, ki jih uživajo uporabnice drog.

- ***marihuana:*** Je najpogosteje uporabljena substanca, takoj za alkoholom. Uživa se predvsem zaradi tega, ker povzroča evforijo, zaspanost ter poveča apetit in občutek sproščenosti (Inaba in Cohen, 2011). Fizični odtegnitveni simptomi so blagi v primerjavi s heroinom in drugimi substancami in vključujejo razdražljivost, težave s spanjem, nočne more, željo in anksioznost (Volkow, 2004). Longitudinalne študije so pokazale, da se lahko marihuana uživa skozi vse življenje, problematična uporaba se običajno konča v adolescenci. Približno 9 % uporabnikov postane od nje odvisnih (Volkow, 2004). Študije o uživanju marihuane se v večini niso osredotočale na razlike med spoloma (Khan, 2013). Zadnje študije iz splošne populacije pa kažejo, da jo ženske v primerjavi z moškimi uporabljajo krajše obdobje v življenjskem poteku in jo prenehajo uživati v mlajših letih (prav tam). Vendar so se pri teh študijah osredotočali le na uživanje marihuane, ne pa tudi na druge substance, katere uporabniki začnejo uživati pozneje ali v kombinaciji z marihuano (pogosto v kombinaciji z alkoholom in drugimi stimulansi) (McCabe in Arndt, 2012).
- ***stimulansi:*** kokain, metaamfetamin in amfetamin. Stimulansi so ena redkih snovi, ki jih jemlje približno enako število žensk kot moških. Njihovi takojšnji učinki so različni in vključujejo povečano energijo, budnost, evforijo, izboljšanje razpoloženja, zmanjšan apetit in spanje in povečano željo po spolnosti (Inaba in Cohen, 2011). Več žensk v primerjavi z moškimi jih uporablja za zniževanje teže in dnevno funkcioniranje (za pridobitev energije ali koncentracijo) (Brecht, Anglin in Dylan, 2004). Pozitivni učinki so kratkotrajni in trajajo od 10 do 30 minut (Inaba in Cohen, 2011). Abstinenčni simptomi so ponavadi neprijetni in vključujejo disforijo, depresijo, razdražljivost, anksioznost, slabšo koncentracijo, paranojo, nemir in željo po drogi (Brecht in drugi, 2004). Zaradi kratkotrajnih pozitivnih učinkov, in da bi se izognili odtegnitvenim simptomom, nekateri posamezniki stimulanse jemljejo ponavljajoče, v razmeroma krajših presledkih in povečujejo doziranje. Ta vzorec jemanja je glavni mehanizem, da uživanje stimulansov preide v odvisnost. Zadnje raziskave kažejo, da dolgotrajno uživanje poveča sproščanje dopamina, ki je odgovoren za nagrado, motivacijo, izkušnjo užitka in motorične funkcije. Ponavljajoča in dolgotrajna uporaba stimulansov pripelje do tega, da se možgani navadijo na nenehno nagrajevanje, kar povečuje željo po stimulansih (Inaba in Cohen, 2011).

- **heroin in drugi opioidi:** Povzročajo evforijo, sprostitvev in zaspanost (Inaba in Cohen, 2011). Te substance so visoko zasvojljive, predvsem zaradi višanja tolerance za doseganje podobnih učinkov. Ko se razvije odvisnost, se ob odtegnitvi pojavi močna fizična in psihološka želja z neprijetnimi odtegnitvenimi simptomi, kot so bolečine v mišicah in kosteh, nespečnost, bruhanje, driska. Redno jemanje heroina pri ženskah zmanjša spolno željo in povzroča težave s plodnostjo ter amenorejo in druge menstrualne težave (Hser in drugi, 2014). Do zdaj ni bilo narejenih veliko študij, ki bi raziskovale razlike med spoloma pri uporabi opioidov, vendar te kažejo, da pri uporabnikih opioidov obstaja od 6 do 20 % višja stopnja umrljivosti kot med preostalo populacijo. Raziskave kažejo, da uporabniki opioidov težje vzdržujejo abstinenco oziroma, ko zmanjšajo ali prenehajo jemati heroin, pogosteje posežejo po drugih substancah (alkohol, benzodiazepin) (prav tam). Odvisnost od opioidov je pogostejša pri ženskah in je povezana z zgodovino fizične in spolne zlorabe in pridruženimi težavami v duševnem zdravju (anksioznost, depresija). Pri vzdrževanju abstinence oziroma zmanjševanju škode so varovalni dejavniki zaposlitev, družinska podpora in druge oblike socialne podpore (prav tam). Pri odvisnosti od heroina si uporabniki pogosteje injicirajo drogo. Raziskave opozarjajo, da je injiciranje drog med ženskami posebej povezano s partnerjem, ki si tudi sam injicira drogo, prav tako jim pogosteje injiciranje predstavi partner. Powis, Griffiths, Gossop in Strang (1996) so ugotavljali, da si je 51 % žensk prvič injiciralo drogo skupaj s partnerjem, 90 % moških uporabnikov pa skupaj s prijatelji. Injiciranje povečuje tveganje za prenos nalezljivih bolezni, ženske si pogosteje delijo opremo za injiciranje in igle, vendar tudi pogosteje s seboj nosijo čist pribor (Kenna, 2007).
- **uporaba več vrst substanc:** Raziskave kažejo, da uporabniki drog velikokrat uživajo več substanc hkrati (Boyd, 2004). Jemanje več vrst substanc povečuje tveganje za umrljivost in več pridruženih težav na vseh ravneh uporabnikovega življenja ter manjša možnost dobrih izidov pri zdravljenju, deloma zaradi psiholoških in fizioloških učinkov posameznih substanc. Na primer mešanje alkohola s heroinom, opioidi in drugimi depresorji lahko povzroči oslABLJENO dihanje in zmanjšanje srčnega utripa, kar lahko vodi v predoziranje. Mešanje alkohola in stimulansov lahko prikrrije učinek alkohola, kar lahko vodi v zastrupitev z alkoholom (Inaba in Cohen, 2011). Na trgu so se v zadnjih letih začele uporabljati tudi nove sintetične droge, predvsem med adolescentkami, kot so sladoleđ, GHB, 3PPM, LSZ, AL-LAD, katerih posledice pa še niso dovolj raziskane.

3.2 Razlike v uporabi drog med spoloma in posledice

Ženske se bolj ranljive in imajo več posledic zaradi uživanja drog na več področjih: fizičnem, psihološkem in socialnem. Boyd (2004) je ugotavljala, da je pri ženskah uporabnicah drog kakovost življenja veliko slabša kot pri moških uporabnikih in da imajo ženske več negativnih posledic na vseh življenjskih področjih (Kaysen in drugi, 2006). Veliko raziskav je pokazalo, da so med moškimi in ženskami razlike pri začetku uživanja drog, drugačen je biološki odziv in napredovanje v zlorabo in odvisnost. Zaradi svoje specifične spolne vloge imajo ženske več odgovornosti v družini, kar posledično pomeni več težav in konfliktov, ki izhajajo iz družine, v primerjavi z moškimi uporabniki. V ospredju so predvsem težave v zvezi s starševstvom in dejstvo, da so bile v otroštvu in odrasli dobi bolj izpostavljene travmatičnim dogodkom. V primerjavi z moškimi uporabniki pogosteje prihajajo iz družin, kjer je že bila prisotna odvisnost in so že utrpeli posledice viktimizacije. Velikokrat začetek uživanja drog povezujejo s problemi v odnosih. Večkrat trpijo za anksiozno motnjo in motnjo razpoloženja in drugimi težavami. Predvsem problematična je raba pomirjeval, ki je med ženskami dvakrat pogostejša kot pri moških (Heckser in Hesse, 2009).

Ženski prehod iz uživanja v odvisnost je hitrejši, govorimo o teleskopskem učinku, pri katerem lahko pride do hitrega prehoda iz eksperimentiranja v redno uporabo. Razlike med moškimi in ženskami pri napredovanju iz uporabe v odvisnost se povezujejo tudi s tem, da se ženske soočajo z različnimi biopsihosocialnimi dejavniki tveganja pri razvoju odvisnosti (Douglas in Walsh, 2009). Ta pospešeni teleskopski učinek se lahko pripisuje biološkimi, socialnoekonomskim in kulturnim dejavnikom, ki vplivajo na ženske (Taplin in Mattick, 2011). Odvisnost pri ženskah je ponavadi neopazna in nemoteča, saj gre najpogosteje za uživanje legalnih drog (tablet, alkohola), ki ne motijo pričakovanih podob o tisti, ki z molkom odgovarja na vsakdanje stiske. Tudi odvisnost od ilegalnih drog ostane pri ženskah dalj časa prikrita, saj je veliko več dejavnikov stigmatizacije ženskih kot pa moških odvisnikov (Zaviršek, 1992, str. 51).

Nekatere posledice, ki so povezane z uživanjem drog, so prisotne pri obeh spolih, vendar so nekatere bolj specifične za ženske, in sicer spolno prenosljive bolezni in stigma.

Tveganja za virusne okužbe in spolno prenosljive bolezni

Obstaja več dejavnikov, ki vplivajo na razlike med spoloma pri prenosu virusnih in spolno prenosljivih okužb. Ženske večkrat prakticirajo nevarno injiciranje drog. Zadnje študije, ki so

bila narejene med mladimi uživalci v ZDA, ugotavljajo, da si dekleta začnejo prej injicirati drogo kot fantje (pred 16. letom). Zaradi tega imajo večjo možnost za okužbo s spolno nalezljivimi boleznimi in hepatitisom. V primerjavi z moškimi uživalci si pogosteje tudi izmenjavajo in sposojajo igle (Pyng Sun, 2009). Večkrat prakticirajo tvegane spolne odnose, predvsem uporabnice, ki se ukvarjajo s prostitucijo, in brezdomke. V primerjavi z moškimi manj pogosteje uporabljajo kondom oziroma ga uporabljajo nedosledno. Obstaja več razlogov, zakaj so ženske bolj ranljive in imajo bolj tvegane spolne prakse. Eden od njih je pomanjkanje sredstev in finančna odvisnost od moškega, socializacija spolne vloge, kjer ima ženska manj moči v odnosu, zlorabe v otroštvu in odraslosti ter nasilje. Pinkham, Stoicescu in Myers (2012) opozarjajo, da so uporabnice drog, ki si drogo injicirajo, bolj tvegana populacija za okužbo v primerjavi z moškimi tudi zaradi družbene stigme in diskriminacije, zato želijo velikokrat injiciranje drog prikriti in manj pogosteje obiskujejo nizkopražne programe, kjer poteka izmenjava pribora, ker programi niso narejeni po meri ženskih uporabnic.

Neprijetni občutki in medosebni konflikti

Veliko raziskav kaže, da ženske uživajo drogo ali recidivirajo zaradi doživljanja negativnih čustev. Ženske naj bi imele močnejšo subjektivno reakcijo na stres v primerjavi z moškimi. Moški se na stres pogosteje odzovejo s fizično reakcijo. Ženske vzamejo drogo v situacijah, ko nimajo strategij soočanja in ko imajo visoka pričakovanja glede učinka drog za zmanjšanje občutka stresa (SAMSHA, 2015). Veliko študij, ki so bile narejene v zvezi z alkoholom, kokainom in heroinom in drugimi drogami, je pokazalo, da več žensk kot moških uživa drogo zaradi negativnih čustev ali medosebnih težav. V eni od raziskav so ugotovili, da mladostnice pogosteje pijejo alkohol zato, da bi ublažile frustracijo, občutke jeze in druge probleme (SAMSHA, 2015). Doab in sodelavci (2015) so v svoji študiji ugotavljali, da so ženske uživale kokain za soočenje z negativnimi čustvi, moški pa zaradi prijetnih, pozitivnih učinkov in čustev.

Greenfield, Back, Lawson in Brady (2010) so ugotavljali, da moški pogosteje uživajo drogo iz hedonističnih vzgibov, ženske pa zaradi zmanjšanja fizične in psihične bolečine. Ženske so pogosteje recidivirale zaradi naraščajočih medosebnih konfliktov, in sicer: 1. pomanjkanje učinkovitih komunikacijskih veščin pri soočenju z institucijami, kot so socialne službe, sodišča, 2. pomanjkanje virov znotraj socialne mreže ali nadaljevanje življenja med družinskimi člani in sorodniki, s katerimi so imele konfliktne odnose in probleme, 3.

medosebni konflikti s partnerjem zaradi nezvestobe, fizičnega in psihičnega nasilja, 4. življenjske krize in prehodi.

Življenjske krize in prehodi

Uživanje drog je pogosto rezultat psihološkega stresa in stresnih življenjskih dogodkov. Raziskave ugotavljajo pozitiven odnos med stresnimi dogodki in količino uživanja alkohola in drog. To ni presenetljivo, saj imajo substance anksiolitični učinek, zato dušijo občutke stresa (Pyng Sun, 2009).

Učinkovine alkohola in drugih anksiolitičnih substanc izzovejo zaviralni stresni odziv. Pri tem se uporabniki hitro naučijo, da lahko računajo na substance, ki imajo hiter in zanesljiv učinek pri vsakem uživanju. Takojšnja zadovoljitev pa naredi uživanje drog zanesljivo pri premagovanju negativnih čustvenih stanj. Uporabniki se vračajo k drogi, ker lahko izbirajo čas in ker lahko računajo na učinek, ki si ga želijo z vsakim uživanjem. Če je želja zmanjšanje stresa, jim ni treba trpeti nepredvidljivosti, ki so povezane s strategijami soočenja, ker droga vedno deluje. To je pomembna prvina pri krogu odvisnosti, saj raziskovalci ugotavljajo, da je stres eden najbolj pogostih razlogov za recidiv (Pyng Sun, 2009).

Travma

Naslednji dejavnik tveganja za uživanje drog je travma. Če je bila ženska izpostavljena travmatičnim dogodkom, velikokrat prej začne uživati droge. Uživanje drog ji pomaga zbežati od realnosti in travmatičnih dogodkov. Spolna zloraba v otroštvu je pogosteje povezana z ženskami kot moškimi. Ženske, ki imajo izkušnjo s spolno zlorabo v otroštvu, pogosteje poročajo o težkem alkoholizmu in zlorabi drugih substanc v primerjavi z ženskami, ki nimajo tovrstne izkušnje (Pyng Sun, 2009). Drugi travmatični dejavniki tveganja so posilstvo, fizična zloraba, posttravmatska stresna motnja ter vsako subjektivno doživljanje travmatičnih dogodkov. Raziskave kažejo, da ima tako motnjo od 21 do 41 % žensk, ki redno uživajo drogo (Brady in Ashley, 2005). Po nekaterih raziskavah naj bi imelo 80 % žensk, ki so vključene v zdravljenje odvisnosti, izkušnjo spolnega nasilja. Zloraba v otroštvu je izjemno visok dejavnik tveganja, ki je povezan z uživanjem drog skozi življenje žensk. V literaturi obstaja nekaj razlag, zakaj spolna zloraba poveča tveganje za razvoj odvisnosti pri ženskah: 1. izzove lahko občutke sramu, jeze, depresijo, samoobtoževanje, slabo samopodobo, kar vodi v zlorabo drog, 2. travma lahko spremeni kemijske procese v možganih, kar pomeni, da se zmanjša proizvodnja serotonina, zato se zniža raven samoregulacije in samokontrole, kar vodi

v impulzivnost, agresijo, iskanje tveganj, senzacij, 3. spolna zloraba lahko vodi v posttravmatsko stresno motnjo in droga lahko deluje kot samozdravljenje, 4. spolna zloraba je lahko povezana z drugimi posledicami, kot so ločitev, družinsko nasilje, duševne bolezni (Brady in Ashley, 2005).

Veliko raziskav je pokazalo, da imajo ženske, ki imajo izkušnje s posttravmatsko stresno motnjo in odvisnostjo, več težav v duševnem zdravju, več zdravstvenih težav, več težav v odnosih, slabšo reintegracijo v zunanje okolje po koncu obravnave in več drugih težav na več življenjskih področjih, kot so brezdomstvo, spolno nalezljive bolezni, družinsko nasilje in izguba skrbništva nad otroki (Najavits, 1997). Obstajajo razlike med moškimi in ženskami glede fizične in spolne zlorabe. V otroštvu med njimi obstaja enako tveganje za zlorabo v družini in drugje. V odrasli dobi pa so ženske pogosteje žrtev zlorabe partnerja, kar zanje pomeni večjo zmedenost in stres. Prav zaradi tega, ker je jemanje substanc strategija obvladovanja travmatične izkušnje, bi morala biti obravnava travme del programa pomoči (Covington, 2007).

Dvojne diagnoze in pridružene težave v duševnem zdravju

V primerjavi z moškimi uživalci imajo ženske višjo stopnjo hkrati prisotnih psihiatričnih motenj. Pri moških naj bi bile pogostejše težave, kot so antisocialna osebnostna motnja, hazardiranje in motnje pozornosti, pri ženskah pa depresija, anksioznost ter motnje hranjenja in posttravmatska stresna motnja (Blume in Zilberman, 2005). V eni od raziskav so ženske, ki so imele težave z odvisnostjo in so živele z otroki do 18. leta, štirikrat pogosteje poročale o depresiji, anksioznosti, paničnih napadih v primerjavi z ženskami, ki nimajo težav z odvisnostjo (Greenfield in drugi, 2010).

Nezadovoljstvo s telesno podobo in videzom

Motnje hranjenje so tudi pogosteje prisotne med uporabnicami drog. Prevalenca motenj hranjenja je višja pri ženskah kot moških in bulimija nervoza je desetkrat pogostejša pri ženskah, ki so odvisne od drog. Najbolj pogosta droga pri bulimiji nervozi je alkohol, pri anoreksiji pa stimulansi. Veliko kvalitativnih študij kaže povezavo predvsem med uživanjem metaamfetaminov in uravnavanjem telesne teže. Ženske, ki se zdravijo za odvisnostjo od prepovedanih drog, pogosto izstopijo iz programa, ker ni poskrbljeno tudi za obravnavo motenj hranjenja. Nekatere raziskave kažejo, da bolj ko se ženske ukvarjajo z dietami, bolj je verjetno, da uživajo alkohol in druge droge (SAMSHA, 2014).

3.3 Zgodovina, politika in kriminalizacija uporabe drog med ženskami

Odnos družbe, politike in zakonodaje do drog, tudi v povezavi z nosečnostjo in materinstvom, se je oblikoval predvsem v ZDA, ki imajo še danes na tem področju vodilno vlogo. Brown in drugi (2002) trdijo, da so bili jemanje drog med ženskami ter posledice in obseg problematike prikriti in zanikani. Ženske uživalkе substanc so bile vedno prisotne, vendar neprepoznane, in zato je, razen izjem, odvisnost žensk odsotna iz zgodovine odvisnosti. Na zanikanje in prezrtost žensk uživalk sta pomembno vplivala dva dejavnika, in sicer pričakovanja od spolne vloge, ki vodijo ženske k skrivanju in indirektnemu uživanju drog in drugih substanc. Drug dejavnik pa je, da družba prepozna problem z drogami samo, če vodi v kriminal in deviantnost, ki ogroža družbo. Vse to je pripeljalo do tega, da se je odvisnost obravnavala kot bolj moški problem in se je osredotočala na zdravljenje in preventivo pri moških. Vsi ti dejavniki so imeli izjemen vpliv na zdravljenje in obravnavo žensk, saj problem odvisnosti pri ženskah ni bil obravnavan ali je bil celo zanikan (Kandall, 1999). Ženske uporabnice drog niso dobile ustrezne pomoči in pozornosti družbe in strokovnjakov, ker niso ogrožale družbe. Njihova odvisnost je bila videti kot »benigna zloraba« (Pyng Sun, 2009). Posledice vseh teh dejavnikov se kažejo še do danes, in sicer v tem, da je ženska odvisnost bolj stigmatizirana, ženske pogosteje občutijo sram in krivdo zaradi uporabe drog in pogosto odvisnost prikrivajo. Ženske pogosteje niso napotene na zdravljenje, strokovne službe pa pogosteje ne zagotavljajo programa za njihove specifične potrebe. Prav tako raziskave v vzorce ne zajemajo žensk uporabnic, kar pomeni, da se ne raziskujejo njihove specifičnosti (Pyng Sun, 2009).

Kljub dolgotrajnemu zanikanju problema odvisnosti pa prvi znani podatki o ženski zgodovini uporabe drog segajo v 19. stoletje, ko je bila večina uporabnikov odvisnih od opija in morfija, ki so ga proti bolečinam zdravniki pogosteje predpisovali ženskam. Takrat so mislili, da moški bolje shajajo z bolečino, zato naj bi potrebovali manj protibolečinskih sredstev. Pogosteje so jih predpisovali za tako imenovane ženske težave, kot so menstruacijske bolečine in druge ginekološke in porodne težave. Prav tako so ženskam predpisovali zdravila zaradi nevrastenije (kot so glavoboli, »živčna slabost«, nespečnost, slabše samoobvladovanje, itd.). Verjeli so, da so ženske šibkejše, bolj izpostavljene boleznim in histeriji v primerjavi z moškimi. Tudi uživanje alkohola je bilo v 19. stoletju nesprejemljivo vedenje za ženske, saj ni ustrezalo pričakovanjem od ženske spolne vloge, medtem ko je bilo uživanje morfina in opija bolj ženstveno in feminizirano. Ker so ženske veljale za bolj ranljive, so jim tudi zdravniki

(predvsem moški) predpisovali opij za daljše časovno obdobje⁸ (Kandall, 1999). Tako je bilo konec 19. stoletja med odvisniki od opija večina žensk srednjega ali višjega razreda, vendar je bil dosegljiv tudi kmečkim ženskam in prostitutkam (Jones in Smith, 1999).

Odvisnost od opiatov pri ženski je bila prvič zabeležena leta 1830, z navedenimi naslednjimi simptomi; nemir, moralna in duševna šibkost ter »simptom modrih otrok« (cianoza⁹), ki so ga diagnosticirali kot posledico opiatne odvisnosti pri materah. Kasneje so tudi farmacevtske družbe začele oglaševati zdravilo paregoric¹⁰ za zmanjševanje opiatnih simptomov pri dojenčku. Matere, ki so rodile otroka, odvisnega od morfina, so bile obravnavane kot moralno sporne¹¹. Takrat so ugotovili, da se morfin prenaša skozi posteljico, in te matere so bile predstavljene kot neposredno nevarne za svoje otroke. Pogled na odvisnost od prepovedanih drog se je dramatično spremenil na začetku 20. stoletja, ko so začeli opij in morfin uživati ne samo moški in ženske srednjega sloja, temveč tudi moški iz nižjih slojev. Na povečanje števila uživalcev je vplivalo znižanje cen kokaina, uporaba je bila preprosta, lahko so ga njuhali, ne pa injicirali, hkrati pa je njegova uporaba prinesla tudi vse več finančnih problemov in kriminala. Pred tem je kokain¹² veljal za čudežno zdravilo.

Po drugi svetovni vojni se je oblikovala druga skupina uporabnic substanc, ki je bila odvisna od novih zdravil, ki so jih zdravniki promovirali in predpisovali v velikih količinah, kar je posledično pripeljalo do vzpona farmacevtskih družb (Metzl, 2003). Šele v sredini 70. let, v 80. in predvsem v 90. letih prejšnjega stoletja, ko so začele feministke s prvimi raziskavami opozarjati na problem odvisnosti pri ženskah, so tudi ženske postale bolj prepoznane in vidne. Nekatere zvezne države v ZDA so si začele prizadevati za oblikovanje in sofinanciranje

8 Leta 1856 so v Evropi izumili tudi injekcijske igle, ki so omogočile lajšanje bolečine.

9 Prirojena srčna napaka pri novorojenčku – pri cianozi se koža in sluznice obarvajo značilno modro zaradi povečane količine deoksigeniranega hemoglobina ali njegovih derivatov v manjših krvnih žilah. Najbolj razvidno je to na ustnicah, konicah prstov, ušesih in licih.

10 Zdravilo za novorojenčke, otroke in odrasle, ki je vsebovalo morfij in 46 % alkohola, pomagalo pa naj bi pri griži, glavobolu in nespečnosti. Oglaševala ga je družba Stickneys in Poors kot opij za dojenčke, saj je bilo takrat že znano, da morfij povzroča odvisnost.

11 Leta 1894 je izšel tudi članek zdravnika Fischerja z naslovom *The opium habit in children*, ki navaja, da matere, medicinske sestre, dajejo otrokom pijačo, zdravila, ki imajo posledice za otroka.

12 Prvič je bil predstavljen leta 1880. Zdravniki so ga predpisovali kot zdravilo za melanholijo in depresijo. Širši javnosti so ga predpisovali kot zdravilo za vnetje sinusov in zvišano temperaturo. Uporabljen je bil v obliki pijače kot coca, na podlagi katere so potem izumili kokakolo, ki je bila namenjena širšim množicam. Farmacevtske družbe so začele proizvajati veliko število tonikov na kokainski osnovi, ki so jih farmacevti tržili med zdravniki. Tudi Freud je videl kokain kot zdravilo za odvisnost od morfija, od katerega je bil tudi sam odvisen. Hkrati pa je v Nemčiji farmacevtska družba Bayer začela proizvajati pomirjevalo za kašelj, ki je bilo narejeno iz morfija in se je imenovalo heroin. V ZDA so ga reklamirali kot zdravilo, ki ne povzroča odvisnosti, in ga predpisovali kot nadomestno zdravilo za opij in kokain (Jones, 1999).

programov zdravljenja, predvsem zaradi povečanja števila »crack cocain babies«. Takrat se je začela odvisnost pri ženskah kriminalizirati in obsojati. Postale so tarča vojne proti drogam in odvisnost žensk je postala družbeni problem, ki pa se je dotaknil in je bil bolj povezan s črnskimi uživalkami prepovedanih drog (Brown in drugi, 2002). Ukrepi politike so bili usmerjeni v kaznovanje žensk. Tako je pregon nosečnic in mater ustvaril specifičen sistem kaznovanja po spolu. Nekateri raziskovalci so mnenja, da se je diskriminatoren odnos do materinstva oblikoval ravno z diskriminacijo odvisnih revnih žensk (Reitman, 2002). Takrat je bil kot najboljši način nadzora uporabnic predstavljen ukrep obveznega zdravljenja. Nekateri avtorji so jih opisovali kot preveč ali premalo ženstvene, saj so s svojo temeljno željo, da bi postale matere, nosečnost uporabile kot sredstvo, da postanejo normalne ženstvene ženske. Kandall (1999) pa opozarja, da je na kriminalizacijo vplivalo tudi naraščanje okuženosti s HIV/AIDS pri uživalkah drog, ki so ga ženske dobile predvsem od partnerjev, ki so si injicirali droge (prav tam).

Na odnos do uporabnic drog so po mnenju Klee in drugih (2002) pomembno vplivale tudi medijske in politične kampanje »vojne proti drogam« oziroma proti uživalcem heroina in kokaina, ki se je v drugi polovici 20. stoletja preobrazila v izrazito nestrpnost. Prepovedane droge so postale prisposoba za družbeno zlo, ki ga je treba izkoreniniti. Uživalce so mediji in politika krivili, da so odgovorni za zvišanje kriminala, kar se je nanašalo zlasti na uživalko prepovedanih drog, Prav te naj bi bile zaradi prostitucije glavne prenašalke spolno prenosljivih bolezni (hepatitisa in HIV). Seveda pa so seropozitivne matere tudi prenašalke virusa na nerojenega otroka, kar je v javnosti sprožilo še bolj negativni odnos in obsojanje. Medijska kampanja v devetdesetih letih prejšnjega stoletja je bila usmerjena v ženske, ki so poleg prenašanja nalezljivih bolezni med nosečnostjo uživale crack in rojevale otroke, ki so bili že ob rojstvu odvisni. Sovražnost in diskriminacija sta se še povečali s selektivnim poročanjem iz porodnišnic o otrocih, ki so imeli postnatalne posledice zaradi materine zlorabe kokaina med nosečnostjo (Zuckermann, 1998), kar velja še danes.

Prek droge se urejajo tudi politična razmerja med ljudmi na točno določen način, in sicer tako, da so nekatere droge problematične, druge pa dovoljene. Droga kot skupek političnih razmerij vsebuje politični konsenz določene države ali skupine držav. V nekem družbenem kulturnem kontekstu so droge vezane na percepcijo naravnega in realnega, kar je za določeno politično skupnost realno in naravno in kar lahko razberemo iz njenega odnosa do drog (Lukšič, 1999). Po mnenju Flakerja (1999) pa prav s prepovedjo uporabe drog, vojno proti drogam, z zdravstveno vejo oblasti, njeno skrbjo in zdravljenjem zasvojenosti države določajo socialni

kontekst in jih pripenjajo v panoptizem¹³ in na njih tržijo večji proračun in utemeljujejo nadzorovanje. Po drugi strani pa jih to pripenja v mehanizem terapevtske države, z njimi večajo odvisnost državljanov, medikalizirajo družbene probleme in ustvarjajo in krepijo triado morala-zdravje-znanost (Flaker, 1999, str. 18).

Velika večina politik do drog v svetu in tudi v Sloveniji se je oblikovala na podlagi dveh tipov diskurzov, medicine oziroma psihiatrije na eni strani (tu in tam še psihologije odvisnosti) in policijsko-nadzorovalnega represivnega aparata na drugi. Oba diskurza tematizirata droge kot družbeno deviantnost in poudarjata njeno izjemnost, drugače rečeno, poudarjata podmeno, da je uporaba nedovoljenih drog odklon od standardov družbeno sprejemljivega vedenja (Rener, 1996). Ines Kvaternik (2006) pravi, da prevladujoči diskurzi o drogah stigmatizirajo in kriminalizirajo uporabnike prepovedanih drog in s tem vzpostavljajo pogoje za kršenje njihovih pravic. Politični diskurz o prepovedanih drogah daje legitimnost izrednim ukrepom. Rezultat je širjenje represivnega aparata, ki v imenu zatiranja narkomanije nadzoruje vse večje segmente družbe. Policijski diskurz uporabnika drog kriminalizira, medicinski diskurz pa ga uvrsti v kategorijo bolnika. Monopol nad drogami in programi pomoči ima medicina (in predvsem psihiatrija), ki prek svojega diskurza vzpostavlja različna razmerja moči med ljudmi: deli jih na zdrave in bolne, odvisne in neodvisne, običajne in odklonske. Medicina uporabnike prepovedanih drog postavi v položaj kroničnih bolnikov in zanje predpiše zdravila. Specializirani zdravstveni programi naj bi bili oblikovani predvsem za zaščito javnega zdravja in naj bi zmanjšali zdravstvena tveganja uporabnikov drog, kar pa naj bi na ravni vsakdanjega življenja povzročilo še več stigmatizacije in kriminalizacije (Kvaternik, 2006).

Prohibicija krepí policijsko državo in ima kot element družbenega nadzora neizmerljive posledice za politični sistem in demokracijo. Prohibicija izhaja iz legitimne naloge države, da nadzoruje uživanje določenih substanc, poleg tega mora vzpostavljati nadzor še nad nevarnimi osebami (Szasz, 1992). Kot pravi Kvaternik (2006), je rezultat prohibicije nastanek črnega trga in škoda za najranljivejše dele prebivalstva, ki ni prinesla zmanjšanja uporabe drog in kriminala, povezanega z drogo, je pa okrepila represivne institucije, povečala odstotek ljudi v zaporih, prinesla več bolezni, nestrpnosti in stigme (Lukšič, 1999). Kot trdi Flaker (2013), je že dolgo jasno, da je vojna proti drogam neuspešna, vendar kljub temu še traja.

13 Pojem panoptizem se nanaša na Benthamov model panoptika, zaporniške zgradbe z osrednjim nadzorom. Učinek panoptika je, da pri zaporniku povzroči zavestno in nenehno stanje vidnosti, ki zagotavlja samodejno delovanje oblasti. (Foucault, 1984, 200). Podoben način ponotranjenja kontrole povzroča socializacija in to je bistveno zagotovilo reprodukcije obstoječe hegemonije.

Edini učinek, ki ga ima prohibicija, je po mnenju Flakerja (2013) dobiček in nadzorovanje prebivalstva, ki se kaže z razširitvijo represivnega in socialnozdravstvenega aparata. Poudarja, da javnost izgublja na številnih frontah, in sicer na področju financ (neobdavčenje drog zaradi prohibicije), izgublja se posameznike, ker je uživanje drog nevarno in škodljivo in sili ljudi v revščino. Večina gleda na uživalce kot na bolnike oziroma ljudi, ki niso sposobni urediti svojega življenja. V ospredju obravnave je medicinski diskurz in dominantna medicinska obravnava. Prav medikalizacija problema na področju uporabe drog pa zanemarja njegove družbene vidike (prav tam).

Zakonodaja EU na področju drog s strategijami in akcijskimi načrti zagotavlja okvir za usklajeno delovanje na evropski ravni. Na nacionalni ravni pa so vlade in parlamenti odgovorni za sprejemanje pravnih, strateških, organizacijskih in proračunskih okvirov, ki so potrebni za odzivanje na težave, povezane z drogami (EMCDDA, 2014). Trenutno imajo vse države sprejete strategije in akcijske načrte za boj proti drogami. Znotraj Evropske unije se organizira tudi civilna družba, vključno z zagovorniškimi skupinami. Večina evropskih držav je zaradi posledic recesije zmanjšala proračun za javne izdatke, povezane z drogami, ter za programe in storitve (prav tam).

Slovenija je 20. junija 2014 sprejela novo besedilo Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog, saj se v zadnjem času pojavlja veliko število novih psihoaktivnih snovi. V letih 2013 in 2014 je bilo razvrščenih 57 novih psihoaktivnih substanc (v nadaljevanju PAS), ki spadajo v skupino prepovedanih drog. Vlada je v letu 2014 sprejela sklep, da se uporaba konoplje v medicinske namene ustrezno uredi in da se omogoči uporaba učinkovin iz konoplje v medicinske namene. Sprejet je bil tudi akcijski načrt za obdobje 2015–2016. Programi na področju drog se financirajo iz različnih virov, večina iz državnega proračuna in iz Zavoda za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije. Nekaj sredstev se pridobi iz različnih fundacij in članarin članov nevladnih organizacij. V letu 2014 je bilo za področje drog porabljenih približno 9 milijonov evrov. V Sloveniji je bil sprejet nacionalni program na področju prepovedanih drog za obdobje 2014–2020. Ta temelji na ugotovljenih potrebah na tem področju v vseh pristojnih resorjih, na rezultatih evalvacij izvajanja pretekle strategije, na novejših izsledkih znanosti ter na obstoječi zakonodaji. Predstavlja je strateško izhodišče za enovit in uravnotežen pristop države na področju drog.¹⁴ (NIJZ, 2016). Nacionalni program še

14 Izvajanje strategije se na operativni ravni zagotavlja z dvoletnimi akcijskimi načrti, v katerih so določene prednostne naloge, njihovi izvajalci in opredeljena finančna sredstva.

vedno ne namenja posebnega mesta ženskam in njihovim specifičnim potrebam. Načrtuje sicer ustanavljanje novih programov za starše uporabnike drog, vendar med njegovimi cilji še vedno ni omenjenih posebnih programov pomoči za ženske uporabnice (mladostnice, matere in nosečnice, starejše uporabnice drog, uporabnice, ki se ukvarjajo s prostitucijo, brezdomke, lezbijke). Ukrepi se še vedno posplošujejo na uporabnike prepovedanih drog kot edino spolno kategorijo. Nacionalni program omenja nosečnice v okviru cilja zmanjševanja povpraševanja po drogah, ki pokriva promocijo zdravja in oblikovanje življenjskih okolij, kjer je med drugim poudarek, da se mora posebna pozornost nameniti promociji duševnega zdravja, skrbi za mladostnike in ženske – predvsem nosečnice – ter preventivi okužbe s HIV in virusom hepatitisa B in C ter drugimi nalezljivimi boleznimi. Gre predvsem za zmanjševanje škode na področju zdravja. Presenetljivo pa je, da glede na vse večje število staršev uporabnikov drog in njihovih otrok resolucija v delu s področja socialnega varstva v svojih osnovnih ciljih ne omenja posebnih programov pomoči za nosečnice, matere, starše in njihove otroke, čeprav poudarja, da je njegov cilj nastajanje razvojnih in eksperimentalnih programov, ki se odzivajo na družbene spremembe.

V Sloveniji in v drugih evropskih državah ter po mednarodnih konvencijah zarodku ni podeljen pravni status, ker bi ta s tem pridobil vse pravice in obveznosti. Splav bi pomenil uboj, za kar bi mati kazensko odgovarjala. Po rimskem pravu človek pravno sposobnost pridobi z rojstvom, torej ko zapusti materino telo. Zato zarodek ni oseba, ampak del materinega telesa. Slovenska zakonodaja ne opredeljuje pravnega statusa zarodka. Tako Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih kot mednarodnopravni akti govorijo o otroku, ki pridobi pravno sposobnost z rojstvom. Razlaga, kdaj govorimo o človeškem bitju, pa je prepuščena podpisnicam mednarodne konvencije. Izogibanje definiranju pravice do življenja gre pripisati različnim etničnim ozadjem in verskim prepričanjem posameznika in družbe (Končina, 1991). Tudi Evropska konvencija o človekovih pravicah daje pravice le rojenemu otroku, vendar že v preambuli določa posebno varstvo pravic tudi otroku pred rojstvom, ampak jih ne definira. Določba je umeščena v preambulo, in ne v normativni del. Posebno varstvo pravic pred rojstvom otroka je v večji meri razumeti kot pravico do zdravstvenega varstva noseče matere, kar bi lahko posledično vplivalo tudi na zarodek oziroma nerojenega otroka. Iz tega sledi, da je življenje otroka varovano prek matere in lahko tudi odvisno od volje matere, ali bo lahko obdržala otroka ali ne. Pravica do nedotakljivosti človeškega življenja je varovana s 17. členom Ustave, vendar se na zarodek ne nanaša konkretno. Življenje zarodka je varovano le posredno in pogojno, kar pomeni, da je odvisno od volje

matere in pravic, ki varujejo telo in življenje ženske, ki nosi zarodek. Pravica do življenja, do telesne in duševne integritete, nedotakljivosti življenja, osebnega dostojanstva, spoštovanja in pravice do zasebnosti ženske je nadrejena pravici do življenja zarodka (Triller Vrtovec, 2008).

V Sloveniji velja za kaznivo dejanje kršenje otrokovih pravic od rojstva naprej. Pravice otroka so opredeljene v 56. členu Ustave Republike Slovenije, kjer je določeno, da otroci uživajo človekove pravice in temeljne svoboščine v skladu s svojo starostjo in zrelostjo ter da jim je zagotovljeno posebno varstvo pred gospodarskim, socialnim, telesnim, duševnim ali drugim izkoriščanjem in zlorabljanjem. Slovenija, ki je podpisnica Konvencije o otrokovih pravicah, se kot država pogodbenica zavezuje, da bo z vsemi ustreznimi, zakonodajnimi, upravnimi, družbenimi in vzgojnimi ukrepi varovala otroka pred vsemi oblikami telesnega in duševnega nasilja, poškodb ali zlorab, zanemarjanja ali malomarnega ravnanja, trpinčenja ali izkoriščanja, všteti spolne zlorabe (Zajec, 2002). Otroci so po slovenski zakonodaji deležni varstva pred vsemi kaznivimi dejanji. V Kazenskem zakoniku RS so v členih od 180 do 183 opredeljena vsa kazniva dejanja zoper spolno nedotakljivost otrok, v členih od 201 do 204 pa kazniva dejanja zoper zakonsko zvezo, družino in mladino, tudi zanemarjanje mladoletne osebe in surovo ravnanje (Kazenski zakonik- 1, 2008, 55. člen). Po Zakonu o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (ZZZDR- 1, 2007, 101. člen) so starši dolžni skrbeti za zdravo rast, osebnostni razvoj in usposobitev za samostojno življenje in delo svojih otrok. Te pravice sestavljajo roditeljske pravice. Če starši ne poskrbijo za svojega otroka, kar je njihova zakonska pravica in dolžnost, lahko Center za socialno delo (v nadaljevanju CSD) poseže v njihove roditeljske pravice z namenom zavarovati in zaščititi otroka. CSD ukrepa po splošnem pooblastilu, kadar želi izpeljati katerikoli ukrep za varstvo otrokovega interesa, pod pogojem da je ta potreben. Najprej se izbere ukrep, ki bo starše in otroka najmanj prizadel, vendar bo z njim dosežen zaželen učinek, kar pomeni zagotovitev otrokove koristi (primeri: napotitev na zdravljenje, stabilizacija na nadomestni vzdrževalni terapiji, ureditev bivalnih in življenjskih razmer itd.). Če ukrepi niso doseženi oziroma izpolnjeni oziroma ko so starši zanemarili otrokovo vzgojo in varstvo ali če je to iz drugih pomembnih razlogov v otrokovo korist, lahko CSD izpelje ukrep odvzema otroka staršem in oddajo otroka drugi osebi ali zavodu v varstvo in vzgojo (Skupnost Centrov za socialno delo, 2016).

Kriminalizacija žensk uporabnic drog je značilna predvsem za ZDA, kjer so začeli kazensko preganjati noseče uporabnice drog. Ženske so bile obsojene predvsem zaradi posesti drog, zlorabe in zanemarjanja otrok, v nekaterih primerih tudi za umor in uboj zaradi izpostavljanja

ploda drogi med nosečnostjo. Politika je uvedla kaznovanje, da bi zaščitila plod v nosečnosti in preprečila uživanje drog med nosečnostjo (Flavin in Paltrow, 2013). V nekaterih zveznih državah ZDA nosečnice, odvisne od prepovedanih drog, še danes kaznujejo. Zaradi zlorabe otroka in drugih kaznivih dejanj je bilo obtoženih na stotine nosečnic in porodnic, ker so bile pozitivne na substance v nosečnosti ali ob porodu. Zaradi uživanja drog in tudi predpisane substitucije lahko materam ob rojstvu odvzamejo otroka ali jih pošljejo na prestajanje zaporne kazni (Mayet, Groshkova, Morgan in Strang, 2008).

Na drugi strani pa so se pojavljali ustavni in politični argumenti proti kriminalizaciji nosečih uporabnic drog. Opozarjali so, da prav s kaznovanjem dosežemo, da je za zdravje ploda še manj poskrbljeno, ker se ženske izogibajo prenatalni oskrbi, kar vodi v dodatno škodo za plod. S tem se ga ne zaščiti pred negativnimi posledicami. Naslednji argument politike je, da nosečnice, ki bodo vedele, da jih bodo zdravniki prijavili zaradi zlorabe substanc, tem ne bodo zaupale svojih težav. Opozarjajo tudi, da ima kaznovanje nosečnice finančne in čustvene posledice za njeno družino (zaporna kazen) (Reitman, 2002). Pogosto so bile v zgodovini kaznovane tudi nosečnice, ki so prihajale iz nižjih slojev, so bile manj izobražene, samohranilke, saj se uživanje drog in nezdrava nosečnost ne skladata s podobo belke srednjega razreda in nista del mainstreamovske družbe. Zato kaznovanje teh poteka precej selektivno (Lytlle, 2012).

3.4 Smernice in obravnava žensk, nosečnic in mater uporabnic drog

Čeprav ima uživanje drog pri ženskah uporabnicah večje posledice za njihovo življenje v primerjavi z moškimi ter večji vpliv in posledice na več življenjskih področjih, z več medicinskimi posledicami in s težavami v duševnem zdravju, pa do zdaj zbrani statistični podatki kažejo, da se ženske manjkrat v svojem življenjskem obdobju odločijo za zdravljenje in se soočajo z več omejitvami, ki vplivajo na dostop do zdravljenja in vključitev vanj v primerjavi z moškimi uporabniki. V svetu je vsak tretji uporabnik ženska, od skupnega števila tistih, ki se odločijo za zdravljenje, pa je le vsak peti ženska; razmerje naj bi bilo višje v Evropi in v Avstraliji. V višjem deležu vstopajo v obravnavo ženske, ki so odvisne od pomirjeval in predpisanih opioidov. Povprečno vsak tretji, ki vstopi v zdravljenje zaradi pomirjeval, je ženska, medtem ko je le povprečno 10 % žensk, ki se vključijo v zdravljenje zaradi težav z marihuano (UNCOD, 2015, str. 25). Razlike v dostopnosti med uporabnicami in uporabniki so povezane tudi z različnimi ovirami, prav tako še vedno primanjkuje

programov, ki bi bili narejeni po meri ženskih uporabnic, bodisi imajo na voljo manj razpoložljivih storitev bodisi je premalo informacij in raziskav o uporabnicah drog (UNOCD, 2015). Čeprav je vse več programov za ženske, nosečnice in matere uporabnice drog, pa SAMSHA (2007, str. 15) opozarja, da je 6,3 milijona žensk, starih med 18 in 49 let, ki bi potrebovale zdravljenje in obravnavo zaradi odvisnosti, vendar jih je samo 10,4 % vključenih v obravnavo, 84 % pa jih meni, da je ne bi potrebovale.

Moške uporabnike pogosteje napotijo v obravnavo družina, delodajalec in kazenski sistem, medtem ko so ženske napotene iz vrst socialnega skrbstva, zdravstvenih ustanov, zaradi težav v duševnem zdravju, zaradi spolnega dela ali samoinicativno, in ne zaradi odvisnosti same. Stigmatizacija in kulturne norme, ki so značilne za ženske, so ovira pri tem, da bi priznale težave z odvisnostjo in vstopile v zdravljenje. Prav tako so pogosteje v odnosih s partnerji in drugimi družinskimi člani, ki imajo ravno tako težave z odvisnostjo (Grella, Scott, Foss in Dennis, 2008). Weinsler in Schmidt (1992) ugotavljata, da ženske pogosto iščejo pomoč zunaj konteksta odvisnosti od drog, najpogosteje v okviru programov pomoči na področju duševnega zdravja. Dejavnik tveganja, ki je povezan z duševnim zdravjem, je pogosto tudi omejitev pri zdravljenju odvisnosti.

Še vedno ni jasnih empiričnih raziskav, ki bi pokazale, kateri način obravnave je najbolj učinkovit. Na voljo je malo raziskav z majhnim vzorcem brez kontrolnih in primerjalnih skupin. Tudi danes v slovenskem prostoru še vedno večina programov, ki so na voljo uporabnikom prepovedanih drog (in tudi drugih programov, npr. materinski domovi, varne hiše), zavrača sprejem žensk, predvsem pa nosečnic in mater. Nepripravljenost sprejeti v program ženske in matere je velik problem; da bi razumeli ta fenomen, je treba pogledati zgodovino obravnave odvisnosti od prepovedanih drog. Programi so bili narejeni predvsem po meri moških uporabnikov brez upoštevanja razlik med spoloma. Ugotavljali so, da je bilo predvsem moško osebje sovražno do žensk, prevladovali so konfrontacijski terapevtski pristop in stereotipni pristopi do spola, ki pa so imeli minimalne uspehe pri obravnavi žensk. Pogosto je bilo tudi v terapevtskem okolju prisotno nasilje in spolno nadlegovanje, kar pomeni, da se je pri ženskah ponovila zgodba iz preteklosti. Programi tudi niso poskrbeli za otroke in niso omogočali prenatalne oskrbe (Abbot, 1994). V slovenskem prostoru sta na voljo dva programa s področja obravnave odvisnosti od prepovedanih drog, ki sprejmeta tudi nosečnice in matere, in sicer Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog¹⁵ in

15 Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (v nadaljevanju CZOPD) od leta 1995 deluje v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana. Je medicinski model, vendar je trenutno edini v Sloveniji, ki ponuja celostno

Terapevtska skupnost Projekt človek oziroma Terapevtska skupnost za zasvojene starše¹⁶ in njihove otroke, kjer v skupnost sprejemajo tudi otroke, ki so lahko ves čas obravnave z materami. Drugi programi, ki so na voljo, pa ne ponujajo varstva otrok.

Kljub temu je vse več programov narejenih za potrebe žensk, predvsem v ZDA, Kanadi in skandinavskih državah. Modeli obravnave izhajajo iz dveh pristopov. Prva oblika je spolno senzitivna, gre za mešane skupine, s poudarkom na prepoznavanju razlik med moškimi in ženskami. Druga oblika pa so spolno specifične obravnave. Ta program je posebej zasnovan za posebne dejavnike tveganja, s katerimi se soočajo ženske. Velikokrat ti programi zagotavljajo tudi varstvo otrok. Ženske se bolj odločajo za zdravljenje v spolno specifičnih skupinah, prav zaradi varstva (Douglas in Walsh, 2009). Študije tudi kažejo, da je v ženskih programih manj spolnega nadlegovanja, ker v mešanih programih ženske pogosto vzpostavijo partnerski odnos, kar pogosto vodi v predčasen odhod z zdravljenja (prav tam).

V današnjem času pa pomoč pri uporabnikih drog izhaja predvsem iz medicinskega diskurza in temelji predvsem na farmakoterapiji, ki modulira določene dele možganov in nevrottransmitterskega sistema. Temelji na trditvi, da uporaba drog spremeni strukturo »odvisnih možganov«, včasih na permanenten ali ireverzabilen način. Po mnenju Ettore in Cambell (2011) pa nadzor, ki je usmerjen v tehnološke intervencije, prodre globoko v preureditev telesnih in nevrokemijskih procesov, pogosto na molekularni ravni. Tudi spol je lociran med nevrokemijskim in hormonskim procesom, kjer ni razlik med telesi spolov, ampak samo v nevrokemiji možganov. To paradigmo ali način znanja lahko uvrstimo v

obravnavo odvisnim od prepovedanih drog, deluje multidisciplinarno in vsebuje reintegracijski del kot povezavo med medicinskim modelom in drugimi oblikami ponudbe. Poleg vseh programov ponuja tudi pomoč ženskam, ki vstopajo v proces zdravljenja odvisnosti. Poleg drugih storitev centra imajo na voljo tudi žensko skupino, v kateri lahko ženske spregovorijo o vsebinah, o katerih ne zmorejo govoriti v heterogenih skupinah. V okviru CZOPD se materam zagotavlja pomoč v okviru svetovanja za čas nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja, usmerjanje in sodelovanje z drugimi institucijami pomoči, kjer lahko mati poišče dodatno pomoč pri svojih osebnih stiskah ter v odnosu do otroka. Posebnega programa za pomoč materam v okviru CZOPD še ni, matere z otrokom pa se lahko nastanijo v posebnem apartmaju, ki je namenjen materi in otroku, če ta med zdravljenjem ne bi mogla oddati otroka v varstvo. Po izkušnjah zaposlenih v programu v večini primerov med hospitalizacijo za otroka poskrbijo svojci, predvsem stari starši, redkokdaj tudi partner. CZOPD je povezan v Koordinacijo centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti (za zdaj je v Sloveniji 20 centrov za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti). Njihova naloga, da zagotavljajo pomoč ženskam, nosečnicam in materam v okviru svetovanja, dodeljevanj nadomestne vzdrževalne terapije in druge medikamentozne terapije, motivacijski intervju, sodelovanje z drugimi strokovnimi službami, ki prihajajo v stik z uporabnicami.

16 Omogoča vključitev v program skupaj s starši. Namenjen je mamicam in staršem, ki imajo težave z različnimi oblikami zasvojenosti, in njihovim otrokom. Obsega celostno kontinuirano delo z uporabniki, partnerji, otroki ter drugimi ključnimi osebami ter njihovimi družinami. Poleg socialne rehabilitacije in obravnave zasvojenosti program poudarja tudi vlogo starševstva in sobivanja z otrokom, spoprijemanje z vsakodnevnimi težavami, ponuja pomoč otrokom, ki so bili zaradi zasvojenosti staršev prikrajšani za normalno zdravo življenje (<http://www.projektclovek.si/vec-o-programih.asp?stran=Programi&podstran=TS%20-%20za%20zasvojene%20star%C5%A1e%20in%20njihove%20otroke>).

nevrobiološke determinizme, ki jih spremlja temeljno zanemarjanje družbenih procesov, razen če ti ne vplivajo na izražanje genov ali na druge vidike možganske strukture ali funkcije. Epistemološka paradigma prepozna, kako družbena moč povzroča razlike v položaju odvisnikov, ter prodorne epistemologije nevednosti, ki strukturirajo znanstveno prakso na področju drog. Ta način odgovori na nujno potrebo po novih spoznanjih o družbenih odnosih in o postdisciplinarni družbi, stratificirano po rasi, razredu, spolu in drugimi vrstami razlik, in hkrati povečuje stratifikacijo in kategorizacijo. Nekatere prakse in znanstvene raziskave temeljijo na družbeni miselnosti o drogah in njihovem nadzoru in se ponavadi zaradi družbenega nadzora izvajajo na načine, v katerih je težko oblikovati senzitivne načine zdravljenja za ženske. Ženske, ki uporabljajo drogo, običajno zasedajo podrejen družbeni položaj, kar so tudi pogosto spregledala feministična gibanja za enakost zdravja, reproduktivne pravice in seksualno svobodo, tudi zaradi stigme in moraliziranja (Ettore in Cambell, 2011). Gre za tako imenovani klasični način znanja, ki trdi, da je medikalizacija prisotna v družbenem nadzoru. Na drugi strani pa neklasični način znanja temelji na feminističnem epistemološkem načinu, ki ustreza vlogi biomedikalizacije in poststrukturalistični teoriji z vidika spolov, na način, v katerem so relacijske konstrukcije telesa označene z moškim in ženskim delom v postdisciplinarni družbi (prav tam). Oblike utelešenja in pomeni telesnosti se razlikujejo v oceni ranljivosti, abjektnosti, pošastnosti in drugosti in njihova sposobnost je, da izzovejo ambivalentne odzive, ki segajo od tolerance, empatije do gnusa (Shildrick, 2002). Klasična znanja o uporabnikih drog izhajajo iz tega, kar Ettore in Cambell (2011) imenujeta oblastnost na področju diskurza o drogah, ki izhaja iz znanstvenih terapevtskih in političnih praks, usmerjenih v nadzor uporabnikov drog. V teh praksah so ženska reprodukcija in z njo povezane odločitve postopoma prišle pod nadzor države. So del družbenega nadzora, kjer intenzivnost in tehnike nadzora variirajo, vendar imajo vsi nekaj skupnega. Bolj »ugledne ženske« postajajo vse bolj nevidne, njihove manj ugledne sogovornice pa postajajo vse bolj vidne in celo spektakularne. V preteklosti so bile bele ženske pred posledicami odvisnosti zaščitene s poroko, materinstvom, rasnim privilegijem ter pripadnostjo razredu. Takrat so države in socialne politike preoblikovale prakse materinstva v imenu boljšega zdravja mater in otrok. Socialna politika je sicer povečala vpliv žensk na politiko (bele ženske srednjega razreda), vendar so bile iz sistema izključene bolj ranljive skupine, kot so begunke, uporabnice drog in druge ženske (Weinberg, 2002).

Prednost postklasičnega načina znanja pa je njegova fluidnost in širitev metodoloških pristopov, ki na odvisnosti gledajo skozi socialni in kulturni diskurz. Ta perspektiva razvije delovno področje o spolu in telesu in pripomore k razumevanju obeh konceptov, spola in telesa, ter pomaga k razumevanju življenja ženskih uporabnic drog. Tako Ettore (2007) skozi diskurz spola, telesa in razumevanja moči izvede povezavo s področjem drog. V postklasičnem načinu znanja veliko uporabnih idej izhaja iz obravnave odvisnosti glede na spol, saj je po mnenju Ettore (prav tam) treba v obravnavi upoštevati družbene neenakosti, kot so rasa, etnična pripadnost, razred, spol, seksualnost, struktura uživanja drog, kultura. Prav tako je treba upoštevati ženske v kontekstu zdravljenja ter prepoznavati razlike v družbeni moči in spolnem razlikovanju. Pomembnost konteksta sproducira in reproducira ženske uporabnice drog in upošteva feministično raven analize v kolektivnem, kulturnem in socialnem kontekstu, ne pa na individualni, deviantni, možganski, telesni ali vedenjski ravni. V epistemološki paradigmi ne dominira nobena disciplina, pač pa si prizadeva za razumevanje interdisciplinarne družbene in kulturne zavesti kot tudi za programe zdravljenja in preventive, ki so vidni kot ključna pot za izboljšanje znanja in boljših izidov zdravljenja (Ettore in Cambell, 2011).

Postklasični pristop se začne ukvarjati z etiko in osnovnimi človekovimi pravicami uporabnikov drog (Ettore, 1992). Moralno paniko nadomesti zavedanje ciklične narave uživanja drog. Konceptualni premiki v bolj participativne in relacijske poglede pričajo o družbenih krivicah, s katerimi se srečujejo uporabniki prepovedanih drog z izkušnjo uživanja drog, ki se preobrazijo v vsakdanjo diskriminacijo. Ta paradigma se osredotoča na to, kako se uživanje drog preoblikuje v kulturni problem »nemoralnih užitkov« (O'Malley in Valverde, 2004). Zagovorniki postklasičnega načina priznavajo, da je to področje potrošniške kulture v sodobni družbi mesto za reprodukcijo družbene neenakosti in utrjevanje normativnosti. Uživanje drog uspeva v družbi, ki je sama zasvojena s preprečevanjem dostopa in družbenim nadzorom (Ferrel in Sanders, 2012, str. 313). Družba je na prepovedano drogo odgovorila z različnimi službami za uživalce drog s ciljem, da se integrirajo v družbo, s holističnimi pristopi, komunikacijskimi veščinami, veščinami za iskanje službe, asertivnostjo. Vendar so v tem načinu znanja uporabniki lahko prestopniki le, če je njihovo kršenje pravil sestavni del drugih dejavnikov, kot so revščina, brezposelnost, brezdomstvo, invalidnost ali povzročanje nasilja. Ta socialna izključenost je videna kot ključni dejavnik pri oblikovanju deviantnosti pri uživanju drog (Ettore in Cambell, 2011).

4 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

4.1 Vrsta raziskovanja

Ker v raziskavi obravnavamo posebno družbeno skupino, ki je težko dosegljiva, smo se odločili za uporabo kvalitativne metodologije. Kvalitativne raziskave so pogosto edini vir informacij za zbiranje občutljivih in veljavnih podatkov o pogosto nedostopni populaciji (Kvale, 1996). Gre za družbeno skupino, ki je v slovenskem prostoru še dokaj neraziskana, ne poznamo njenega deleža med uporabniki in uporabnicami prepovedanih drog niti njenih sociodemografskih značilnosti. Namen raziskave je eskplorativne narave in s študijo smo želeli ugotavljati, katere so značilnosti te družbene skupine in problemov, s katerimi se sooča, ter kateri dejavniki tveganja so značilni zanjo. Po mnenju Salganick in Heckathorn (2004) kvalitativna metodologija omogoča raziskovanje težko dostopne socialne skupine na manjših vzorcih ter poglobljanje v razlago fenomenov.

Kvalitativna metodologija predpostavlja, da obstajajo sistematični vzorci življenjskega sloga uporabnic, njihovega mesta v družbi in vedenja. Prav tako predpostavlja, da se takšno znanje oblikuje glede na spol, etnično pripadnost, družbeni razred, geografsko okolje itd. S kvalitativnimi metodami je mogoče pridobiti razumevanje pomenov, ki jih ljudje pripisujejo svojim dejanjem, ter zaznavanju širšega socialnopolitičnega in družbenega konteksta, v katerem ima uporaba drog in materinstvo svoje mesto. Takšna razumevanja so ključna ne samo pri oblikovanju in evalvaciji vprašalnika, temveč tudi pri oblikovanju lokalnih in kulturoloških senzitivnih intervencij in preventivnih programov ter tudi pri formulaciji smiselnih raziskovalnih vprašanj (Carlson, 2006). Kot poudarja Mojca Urek (2005), socialne delavke in delavci kot raziskovalke in raziskovalci v socialnem delu imamo pravzaprav ves čas opravka z življenjskimi zgodbami ljudi, ki jih poslušamo, pripovedujemo, interpretiramo, zapisujemo, spreminjamo, prenašamo naprej. Z zgodbami ljudi nenehno nekaj počnemo. Narativne metode so nam omogočale razumevanje mater uporabnic drog in strokovnih delavcev v resničnih življenjskih in profesionalnih situacijah, torej gre za razumevanje večplastnosti družbenega delovanja in redefinicijo pojmov na osnovi nekaterih novih predpostavk. Metoda omogoča dati tudi glas »izključenim« in ustvarjanje vednosti od spodaj navzgor.

Empirična raziskava je poizvedovalno eksplorativna (raziskala ter analizirala bom dejavnike tveganja pri materah, odvisnih od prepovedanih drog, ki jih prepoznajo same, in dejavnike tveganja, ki jih pri njih prepoznajo strokovni delavci na področju zdravstva in socialne oskrbe), kvalitativna (podatki so zbrani in analizirani na beseden način z intervjuji) ter induktivna (rezultate raziskave sem povzela v teorijo). Izbrani centralni raziskovalni-spoznavni induktivno usmerjen metodološki pristop je utemeljena teorija (grounded theory). To so majhne teorije, teorije kratkega in srednjega dosega, ki veljajo le za določeno okolje ali kontekst in so kontekstualno vezane. Pojasnjujejo majhne dele stvarnosti, ki jih ni mogoče posploševati brez dodatnih opredelitev. To je teorija, ki ni velik teoretični sistem, je teorija, ki zraste iz empiričnega temelja in jo sproti utemeljujemo (Glaser in Strauss, 1967).

Raziskovanje s kvalitativno metodologijo pomeni postopno širjenje vednosti o predmetu raziskovanja. Teoretična izhodišča in že zbrani podatki o predmetu raziskovanja so okvir za proučevanje vsakdanjega življenja. Intervjuji so v doktorski disertaciji v povezavi s teorijo in podatki, kar predstavlja holistično obravnavo izbranega družbenega fenomena (Mesec, 1997). Kot navaja Mesec (prav tam), moramo v kvalitativni raziskavi dati besedo sogovorniku, da pove svojo zgodbo, pri čemer se raziskovalec usmeri v stvarne probleme ljudi, kar zahteva odprtost za vsestranske podatke, in ne le tiste, povezane s cilji ali interesi raziskovanja, ter tudi proučevati pojav v stvarnem življenjskem kontekstu. Ta načela so skladna z načeli socialnega dela, saj je to eno prvih metodičnih načel socialnega dela. Posebnost, ki nam jo ponudi kvalitativno raziskovanje, je tako imenovana analitična indukcija, tehnika ocenjevanja podobnosti med primeri in s tem razjasnjevanje empiričnih kategorij in pojmov, ki jih ponazarjajo primeri, zajeti v kategorijo. Pri tem gre za dvojno ujemanje: na eni strani idej in na drugi podatkov osredotočanja in podobnosti med primeri, ki jih poglobljeno proučujemo (Mesec, 1997).

Empirično gradivo sem izbirala z uporabo polstrukturiranega poglobljenega intervjuja, ki je bistvena značilnost etnografskega raziskovanja. Prednost kvalitativne metode poglobljenih intervjujev je usmerjenost k posamezniku, pri katerem raziskovalec spoznava oblikovanje realnosti oziroma vsakdanje življenje posameznika (Mesec, 1997).

Poudarek je bil na aktivni vlogi respondentk in respondentov kot subjektov, ki ustvarjajo intervju in s tem raziskovalni proces. Kot pravi Mesec, je to zagotovljeno z neposrednim stikom med spraševalcem in vprašancem, ki omogoča sprotno odkrivanje nesporazumov pri komuniciranju in pomenu sporočil (Mesec, 1997), zato sem vse intervjuje izvedla sama, saj

mi je prav osebni stik omogočil, da sem lahko z neposrednim stikom in vzpostavljenim odnosom intervjuvance spraševala tudi o zelo intimnih vsebinah. V intervjuju je naloga raziskovalca, da respondenta opogumlja, da izraža svoje izkušnje, občutja z izvajanjem specifičnih situacij in dogodkov na neki določeni konkretni, in ne na splošno abstraktni ravni (Kvale, 2007). Nužen pogoj kvalitativnega intervjuja je empatija, pri čemer se raziskovalec prilagaja trenutni situaciji, z odprtimi vprašanji pa ne sili intervjuvane osebe, ne izbira med možnimi odgovori, kar omogoča »globinsko kopanje«, kjer želimo izvedeti zgodbo, opis situacije ali določenega dogodka intervjuvanca. Intervju je prilagodljiv način zbiranja podatkov o dejanskem družbenem stanju fenomena, ki ga želimo proučevati. Gre za združevanje teoretsko oblikovanih kontekstov in vsakdanjega življenja oziroma umeščanje prakse v teorijo. Polstrukturirani intervjuji se po svojih značilnostih približujejo nestrukturiranemu intervjuju, pri katerem se raziskovalec prilagaja dobljenim informacijam, ima pripravljena okvirna vprašanja, na katera poskuša pridobiti odgovore. Pridobljene informacije so subjektivne narave in se vežejo na individualne življenjske situacije, zato jih raziskovalec tudi prilagaja in jih po potrebi spreminja. Spreminja jih v skladu s pridobljenim znanjem, vendar vedno v okviru interesa raziskave (Taylor in Bogdan, 1998).

Na podlagi vnaprej okvirno izdelanih vprašanj sem poskušala pridobiti informacije o dejavnih tveganja z dveh vidikov, in sicer z vidika mater, odvisnih od prepovedanih drog, in z vidika strokovnega osebja. Zanimalo me je njihovo razumevanje dejavnih tveganja, ki so povezani z materinstvom (nosečnost, porod, poporodno obdobje in starševstvo). Dejavnike tveganja sem že vnaprej okvirno opredelila:

- tveganja, povezana z otroštvom (nasilje, alkohol),
- tveganja, povezana z odvisnostjo od prepovedanih drog,
- tveganja, povezana s telesnim in duševnim zdravjem,
- socialnoekonomska tveganja, tveganja, povezana z enostarševsko družino in partnerskim odnosom,
- tveganja, povezana s socialno mrežo, dostopnostjo do virov, zaupanje/nezaupanje v institucije, dostopnostjo/nedostopnostjo pomoči,
- tveganja otrok, ki odraščajo z materjo, odvisno od prepovedanih drog (varnost, skrb, vzgoja, socialna mreža),
- tveganja, povezana s sodelovanjem med institucijami in njihovimi pristojnostmi.

Podatke sem pridobivala od decembra 2013 do junija 2014. Pogovore (40 z materami uporabnicami drog in 22 s strokovnimi delavci) smo posneli na magnetofonski trak in pozneje je bil narejen transkript vseh intervjujev. Pri tem sem zapisovala tudi opažanja, saj moramo biti po mnenju Mojce Urek (2005) pozorni tudi na nelingvistične značilnosti govornih situacij. Podatki so bili zbrani v skladu s sekvenčno analizo, pri kateri podatke, pridobljene v enem intervjuju, preverjamo v naslednjem ter s tem vnovič potrjujemo znane pojme ter dodajamo in preverjamo nove. V povprečju je intervju z materami trajal eno uro, s strokovnimi delavci pa 45 minut. Vsi intervjuji so bili opravljeni prostovoljno. Intervjuvanke sem pred privolitvijo tudi obvestila o namenu raziskave ali so jih s tem že seznanili strokovni delavci v programu. Na podlagi prostovoljne privolitve smo se dogovorili za izvedbo intervjuja. Večinoma so se uporabnice vabilu na intervju odzvale, med njimi pa so bile tudi nekatere, ki so ga zavrnile. Ena od intervjuvank je po 10-minutnem pogovoru želela intervju prekiniti, saj ni zmogla govoriti o nekaterih vsebinah, kar sem tudi spoštovala. Preostale intervjuvanke so brez težav spregovorile, že vnaprej pa sem jih seznanila s tem, da bo v vseh korakih raziskave zagotovljena varnost in zaupnost podatkov. Celoten postopek vključitve oseb v raziskavo, zbiranja podatkov in njihove obdelave je potekal v skladu z etičnimi načeli družboslovnega raziskovanja (Kimmel, 1988). Ker sem hotela zagotoviti visoko stopnjo anonimnosti respondentk, sem se odločila, da v empiričnem delu ne bom uporabljala označb za posamezne izjave, s katerimi bi bilo mogoče prepoznati njihovo identiteto, saj gre v slovenskem prostoru za razmeroma majhno populacijo. Prav tako so bile intervjuvanke pred začetkom seznanjene s tem, da lahko zavrnejo oziroma ne odgovorijo na posamezna vprašanja, vendar se to, razen pri eni intervjuvanki, ni zgodilo. Zaradi intimnih vsebinskih sklopov vprašalnika smo ga na priporočilo Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana poslali tudi na etično komisijo. Raziskava je prejela odobritev Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko številka 58/12/13 z dne 14. 2. 2013.

Z vprašanji sem občasno usmerjala tok razmišljanja intervjuvancev na teme, ki so se mi z vidika raziskovanja zdele pomembne. Ob tem pa sem bila pozorna tudi na to, o katerih temah sami pogosto govorijo, kako o njih govorijo in kako vidijo sebe v svojih zgodbah. Skozi raziskavo sem želela bolje spoznati skupino, ki je pogosto stigmatizirana in marginalizirana, spoznati življenjski svet, način doživljanja in tudi odstreti pogled strokovnih delavcev, ki se vsakodnevno srečujejo z materami uporabnicami drog. S »pogledom od znotraj« sem želela pridobiti drugačen pogled na uporabo drog med nosečnostjo, porodom in starševstvom z

uporabniške perspektive, ki bi morda spodbudila k razmisleku in drugačnemu razumevanju te populacije (Kvale, 2007).

Skozi intervjuje je bilo prepoznati, da so nekatere intervjuvanke, predvsem pri občutljivih vprašanjih (skrb za otroka v času aktivnega uživanja drog), želele sebe pokazati kot družbeno ustrezne, saj se je izkazalo, da želijo dati ustrezne odgovore, ki so izhajali predvsem iz diskurza idealiziranega materinstva. Sklepam lahko, da so sledile obrambnemu mehanizmu, saj želijo kljub temu, da se v nekem trenutku zavejo, da ne zmorejo poskrbeti za otroka (kot ne zmorejo tudi druge ženske, ki ne uporabljajo drog), sebe prikazati kot ustrezne. Skozi raziskavo je bilo prepoznati, da so o negativnih občutkih, vedenju pri uporabi drog lažje govorile tiste, ki so že vzpostavile abstinenco ali bile na nadomestni vzdrževalni terapiji brez uporabe nedovoljenih drog in so imele drugačen pogled na pretekle dogodke ali pa so bile dlje časa vključene v obravnavo. Sklepamo lahko, da so lažje spregovorile, ker se niso bale posledic ukrepov socialnega skrbstva v zvezi z varstvom in vzgojo otrok, ker niso bile več aktivne uživalke substanc, kajti čeprav je bila v raziskavi zagotovljena anonimnost, še vedno obstaja strah pred odvzemom in vključitvijo socialnih služb. Mogoče je tudi, da so se te ženske med obravnavo bolj naučile dajati ustrezne odgovore ali pa bolj prepoznavati svoja čustva in občutke. Tudi pred intervjujem je bila večina vključena vsaj v en program, kar pomeni, da so strokovni delavci poznali razmere v njihovi družini in so verjetno tudi na podlagi tega privolile v intervju. V raziskavi je igral vlogo tudi odnos, saj sem bila kot izpraševalka z nekaterimi uporabnicami povezana v terapevtskem odnosu. Tiste, s katerimi sem že imela navezan boljši terapevtski odnos in smo se poznale že nekaj časa, so lahko bolj odkrito govorile o nekaterih intimnih vsebinah. Tudi intervjuvani strokovni delavci in delavke so v raziskavo vstopili prostovoljno, po vnaprej določeni predstavitvi raziskave in namena intervjuja.

4.2 Populacija in vzorčenje

Za raziskovanje dejavnikov tveganja pri materah uporabnicah drog smo uporabili teoretični reprezentativni vzorec, pri katerem gre za raziskovanje družbenega konteksta. Oblikovanje vzorca je potekalo po metodi snežne kepe, ki je namenjena prepoznavanju in vzpostavljanju stika s ključnimi informatorji, ljudmi s posebnim znanjem, sposobnostmi ali lastnostmi, ki so predmet raziskovanja (Patton, 2002). Filozofija metode snežne kepe temelji na predpostavki, da je člane skrite ali težko dostopne skupine mogoče locirati prek socialnih mrež, v katere so

vključeni, oziroma da imajo respondenti začetne skupine kontakte, prek katerih je omogočen dostop do posameznikov ciljne populacije (Spreen, 1992).

Intervjuvanke matere sem bodisi iskala v okviru programov pomoči, ki se ukvarjajo s področjem uporabe prepovedanih drog, bodisi sem navezovala stik s tistimi uporabnicami, ki so bile v preteklosti vključene v obravnavo ali pa so bile v času izvedbe intervjuja vključene v eno izmed oblik pomoči. V stik z njimi sem prišla tudi prek strokovnega osebja, zaposlenega v enem od programov, kjer so uporabnice povprašali o privolitvi v izvedbo intervjuja. Z intervjuvanim strokovnim osebjem sem prišla v stik tako, da sem navezala stik s programi, v katerih se srečujejo z materami uporabnicami drog.

4.3 Raziskovalni inštrument in viri podatkov

Intervjuje sem izvedla z dvema skupinama:

- z 22 strokovnimi delavci in delavkami na področju zdravstva in socialnega varstva in nevladnih organizacij, ki pri svojem delu prihajajo v neposreden stik z materami uporabnicami drog, z namenom prepoznati in ugotavljati, katere dejavnike tveganja kot strokovni delavci prepoznajo,
- s 40 materami, odvisnimi od prepovedanih drog, z namenom ugotoviti, katere dejavnike tveganja prepoznajo in kako jih med seboj povezujejo ter kako ti dejavniki tveganja vplivajo na njihove otroke.

Intervjuje z materami sem izvedla v vladnih in nevladnih organizacijah, ki delujejo na področju prepovedanih drog, ter v visoko in nizkopražnih programih, in sicer v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog¹⁷ v Ljubljani, Mariboru, Kopru, Psihiatrična klinika Ljubljana – Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Ljubljana, Varni hiši Stigma, Društvu Zdrava pot Maribor, Društvu Svit Koper, Društvu Up Ljubljana, Bivalni enoti Kraljev ulice, društvu Projekt Človek – terapevtska skupnost za zasvojene starše in njihove otroke in v zasebnem stanovanju. Poskušala sem priti tudi v stik s komunami, ki sprejemajo matere z otroki, vendar so intervju s strokovnimi delavci in

¹⁷ V mrežo je vključenih 18 centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti ter Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pri Psihiatrični kliniki v Ljubljani. V okviru Centrov za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog je razvit informacijski sistem na področju obravnave uživalcev prepovedanih drog, kar mi bo tudi omogočilo pridobiti informacije o materah, odvisnih od prepovedanih drog, ki so vključene v to mrežo pomoči.

uporabnicami zavrnilo oziroma niso dali pojasnila, zakaj ga zavračajo. Intervjuvali smo samo tiste uporabnice, ki so vključene v programe, nisem pa prišla v stik s tistimi, ki niso vključene nikamor, saj želijo matere največkrat ostati anonimne, zato tudi ne iščejo pomoči znotraj sistema. Strokovni delavci in uporabnice so poročali o tem, da je tudi teh mater nekaj, vendar se bojijo, da bi jih sistem prepoznal. Tudi nekaterim našim intervjuvankam je dlje časa uspevalo odvisnost prikrivati, največkrat do takrat, dokler ni prišlo do krizne intervencije v družini.

4.4 Osnovni demografski podatki o respondentih

Starost: V raziskavo je bilo vključenih 40 mater. Povprečna starost respondentk je bila 33 let, najmlajša je imela 25 let, najstarejša pa 48 let.

Stanovanjske razmere: 20 % respondentk je živelo v neprofitnem stanovanju, 2,5 % v materinskem domu, v bivanjski enoti 2,5 %, varni hiši 2,5 %, v terapevtski skupnosti 15 %, podnajemniškem stanovanju 7,5 %, lastniškem stanovanju 17,5 %, pri starših in sorodnikih pa 40 % respondentk.

Dohodek: Denarno socialno pomoč je prejelo 80 % respondentk, 2 respondentki (5 %) sta bili v času intervjuja na porodniškem dopustu, vendar sta bili v preteklosti prejemnici denarne socialne pomoči, 2 respondentki (5 %) sta bili brez dohodka, 2 respondentki sta bili zaposleni. Tretjina intervjuvank je bila v času intervjujev vključenih v obravnavo, kar je bil dejavnik, ki je prispeval k temu, da si niso mogle aktivno iskati zaposlitve.

Izobrazba: 2 respondentki sta imeli višješolsko izobrazbo, 20 % jih je imelo zaključeno srednjo šolo, 25 % poklicno šolo in 50 % jih je imelo osnovnošolsko izobrazbo, 2 respondentki nista imeli zaključene niti osnovne šole.

Družinska zgodovina: 47,5 % respondentk je poročalo o nasilju v primarni družini in 40 % o razvezi staršev, 22,5 % jih je spregovorilo o spolni zlorabi v otroštvu, 62,5 % pa o zgodovini alkoholizma v primarni družini. Večina so poročale o alkoholizmu očeta, 2 respondentki pa o alkoholizmu matere in očeta.

Skrbništvo otrok: respondentke so bile v 30 % same skrbnice svojih otrok, otrok 27 % respondentk je bil nameščen v rejništvo, za otroke 40 % respondentk so prevzeli v večini skrbništvo stari starši in drugi sorodniki (sestra, brat), ena respondentka pa je imela deljeno

skrbništvo z bivšim partnerjem. 77,5 % jih je bilo že kdaj vključenih v storitve Centra za socialno delo zaradi ukrepov varstva otroka oziroma preverjanja ogroženosti otroka.

Obravnava: 16 respondentk (40 %) je bilo vključenih v nizkopražne programe, 25 % oziroma 10 intervjuvank v visokopražni program, 27,5 % oz. 11 intervjuvank v ambulantno obravnavo na CZOPD, kjer so se nekatere pripravljale na hospitalni del, nekatere pa so že dosegle abstinenco in bile v podporni ali psihoterapevtski obravnavi. 7,5 % oziroma 3 respondentke pa v času intervjujev niso bile vključene v noben program pomoči, so pa vse bile vključene v obravnavo v preteklosti. Večina respondentk je imela izkušnjo z več programi pomoči, od nizko- do visokopražnih programov, v katere so se skozi cikel odvisnosti-abstinence-recidiva vstopale in izstopale.

Droga in abstinenca: 14 intervjuvank oziroma 35 % je v času intervjujev abstiniralo od vseh substanc. Najdlje trajajoča abstinenca pri intervjuvanki je bila 5 let, tretjina pa je abstinirala manj kot eno leto. 8 intervjuvank oziroma 20 % jih je poročalo o stabilnosti na nadomestni vzdrževalni terapiji, kar pomeni, da drugih substanc v času intervjujev niso uživale, 3 intervjuvanke oziroma 3,5 % pa so poleg predpisane nadomestne vzdrževalne terapije imele predpisano tudi psihiatrično terapijo zaradi pridruženih težav v duševnem zdravju, 37,5 % intervjuvank pa je poleg nadomestne vzdrževalne terapije uporabljalo še druge substance, nekatere občasno, druge vsakodnevno. Najbolj pogosto so uživale naslednje substance: heroin, alkohol, BZO, sanval ali pa so dodatno kupovale substitucijo. Več kot polovica respondentk je že večkrat vzpostavila abstinenco in ponovno recidivirala. Povprečno so težave z odvisnostjo trajale 10 let.

Partnerstvo: V času intervjujev je bilo 45 % respondentk samskih, 55 % jih je živelo v partnerski zvezi. Od tega jih je 35 % živelo s partnerjem, ki je bil oče otrok, 17,5 % pa jih je poročalo o novih partnerskih zvezah. En partner (2,5 %) je v času intervjuja prestajal zaporno kazen. 86,4 % partnerjev je imelo težave z odvisnostjo od prepovedanih drog ali alkohola, 13,6 % pa jih ni imelo težav z uporabo substanc. 45 % respondentk je poročalo o nasilnem partnerskem odnosu v preteklosti, 2 respondentki (5 %) pa o trenutno aktualnem nasilnem partnerskem odnosu. 50 % respondentk ni poročalo o nasilju partnerja.

Otroci: Skupno so respondentke imele 53 otrok, od tega jih je bilo 28 predšolskih, 18 osnovnošolcev, 5 jih je bilo v srednji šoli, dva otroka pa sta bila odrasla in zunaj šolskega sistema – trenutno brezposelna. Najmlajši otrok je bil star 3 mesece, najstarejši pa 29 let. 28 respondentk je imelo enega otroka, 11 po 2 otroka in 1 tri otroke.

Podatki o intervjuvanih strokovnih delavkah in delavcih: Za potrebe raziskave smo intervjuvali 22 strokovnih delavk in delavcev, ki pri svojem delu prihajajo v stik z materami uporabnicami prepovedanih drog. Od intervjuvanih strokovnih delavk in delavcev je bilo 20 žensk in 2 moška. Njihova povprečna starost je bila 39 let. Po strokovni izobrazbi jih je bilo 15 socialnih delavk in en socialni delavec, 5 psihologinj, 1 strokovni delavec je bil po strokovni izobrazbi sociolog in 1 strokovna delavka filozofinja. Večina je imela povprečno 10 let delovnih izkušenj. 8 strokovnih delavcev je bilo zaposlenih na CSD, 7 strokovnih delavcev v visokopraznih programih s področja zdravstva in socialnega varstva in 5 strokovnih delavcev v nizkopraznih programih, ki izhajajo iz koncepta zmanjševanja škode. Intervjuje smo opravili v 7 centrih za socialno delo na območju Slovenije; Koper, Ljubljana, Nova Gorica, Postojna, 7 intervjujev v visokopraznih programih (CZOPD, Društvo Up, Društvo Projekt Človek), 1 intervju s strokovno delavko v porodnišnici in 6 intervjujev v nizkopraznih programih (Kralji ulice, Varna hiša Stigma, CPZOPD Maribor in Ljubljana, Društvo Zdrava pot) in 1 intervju v Materinskem domu.

4.5 Obdelava podatkov

Za analizo intervjujev sem izbrala pristop »bricolage« oz. pristop krpanke. Krpanka je pogosto uporabljen način analize intervjujev in pomeni uporabo različnih analitičnih tehnik in tehničnih pristopov (prebiranje intervjujev, vračanje k posameznim delom intervjujev, prenašanje izbranih delov intervjujev v zgodbo). Analiza vključuje tudi kodiranje, s katerim se določijo ključne kategorije pomenov določenega besedila in je temeljni element analize besedil intervjujev (Kvale, 2007). Pridobivanje podatkov, analiza in njihova interpretacija so tesno prepleteni, saj analize kvalitativno pridobljenih podatkov ne moremo ločiti od interpretacije (Mesec, 1998).

Iz pridobljenega empiričnega materiala sem naprej izločila dele pogovora, ki so se mi zdeli pomembni, in jih izpisala. Nato sem iz izpisanega s podčrtavanjem še enkrat izločila izjave, ki so se nanašale na tveganja pri materah (nosečnost, porod, poporodno obdobje, starševstvo, stigmatizacija) in na tveganja, ki jih prepoznavajo strokovni delavci. Gre za prvo fazo analitičnega procesa, ki temelji na doslednem razčlenjevanju empiričnega gradiva in kjer v grobem izločimo dele besedila, ki niso ključni glede na raziskovalna vprašanja (Mesec, 1998).

Veliko veliko problemov imajo, želijo pa si, večina jih ima željo, da bi se res potrudle, da bi naredile vse za otroka pa obljublajo da bodo pol pa se na terenu izkaže kako to zmorejo Na začetku je otrok motivacija za spremembo, potem pa realno življenje prinese svoje. Ne bi zdej točno vedla ampak se mi zdi, da je kar pogosta poporodna depresija pri njih težko rečt, kakšne tudi z našo psihologinjo sodelujejo ampak mislim, da bolj mal. Manjšina, najbrž pa bi bila potreba po pomoči večja, kot pa da jo mi zaznamo (primer izjave intervjuvanke).

Sledilo je odprto kodiranje oziroma prosto prepisovanje pojmov (gl. Tabela 4-1), kjer sem v drugi stolpec tabele prosto zapisovala pojme, ki so se prosto asociativno porajali (porod, kontracepcija, prostitucija, samoregulacija, nenačrtovana nosečnost, nepostavljanje mej, stigma, motivacija). Odprto kodiranje prispeva h globljemu razumevanju vsebine in pomenov empiričnega gradiva. Vsebuje tri postopke, in sicer pripisovanje pojmov h konkretnim izjavam, združevanje sorodnih pojmov v kategorije in analizo značilnosti pojmov in kategorij (Mesec, 1998). Kodirala sem izjave, delne izjave ali odstavke, ki so bili smiselni za interes raziskave. Kode sem opredeljevala sama oziroma pod vplivom obstoječe literature (Glaser in Strauss, 1967). Sledilo je odnosno kodiranje, kjer sem primerjala različne kategorije med seboj in jih razporejala v domnevne odnose (Mesec, 1998, str. 118). Pri tem sem se spraševala, kaj je s čim povezano, kaj čemu sledi, kaj je od česa odvisno, kaj je vzrok in kaj posledica. Tako sem opredelila začarani krog določenega pojava (stigma in neiskanje pomoči ter uživanja drog), opredelila vzročno posledične odnose med pojavi in drugo. Pri tem sem odkrivala nove pojme in kategorije (gl. Tabela 4-2), ki bi prispevali k analizi dejavnikov tveganj pri materah uporabnicah drog, in pri tem uporabljala tudi »sposojene koncepte« iz že obstoječe literature in svoja razmišljanja (Strauss in Corbin, 1998, str. 115).

Tabela 4-1: Primeri kodiranja

Izjava	Koda
– Drugi otrok je bil načrtovan, ko sem videla da ni bilo tako grozno pri prvem	Načrtovana nosečnost
– Jaz nisem nič pazila. Jaz sem tako stvari jemala, ker sem jih mogla, pa tablete tudi	Uživanje substanc v času nosečnosti
– Nisem hotela splavit	O splavu ni razmišljala

– Strah me je bilo kako bo	Strah pred posledicami
– Tudi doma so bili veseli, doma so me vedno silili s tem otrokom	Veselje svojcev in partnerja
– Abstinirala sem celo nosečnost	Vzdrževanje abstinence v času nosečnosti
– Mi je bilo težko abstimirati, če ne bi bila noseča bi že prej recidivirala	Nosečnost kot motivacija za abstinenco Želja po drogi v času nosečnosti
– Meni je bilo v času nosečnosti zelo težko vzdrževati abstinenco, zato ker sem bila najprej na antidepresivih, ko sem izvedela, da sem noseča sem takoj nehala	Prekinitev jemanja zdravil zaradi nosečnosti

Kodiranju je sledila analiza vsebine s kondenzacijo, s katero se pomeni dolgih izjav omejuje na več preprostih kategorij, nato je sledila še interpretacija pomenov, s katero sem poskušala najti strukture in povezave (Kvale, 2007). Tako je nastala utemeljena teorija, ki se oblikuje sama in sproti (Glasser in Strauss, 1967 v Mesec, 1997).

Tabela 4-2: Primer ureditve izjav po kodah in združevanje v kategorijo

Kategorija	Koda	Izjava
Vzgoja otroka	Popuščanje	– Prej nisem skrbela zanjo kot bi morala, zato ji zdaj vedno popustim
		– S hčerko imam težave takrat, ko nekaj hoče in ne popusti
	Težave pri postavljanju meja	– Najhujše mu je reči ne, ker imam slabo vest, ker sem se drogirala
		– Bolj bi morala postaviti meje, njemu in sebi
	Kompenzacija zaradi občutkov krivde	– Potem mi je žal in potem ji vse v rit tiščim, vse ji kupim
		– Meni je lažje če mu kupim, da je vesel vsaj 5 minut ker hočeš neki kompenzirat

5 KONTAMINIRANO FETALNO TELO

»Nosečnost je v zahodnih družbah postala mesto tveganja in je opredeljena kot potencialno tveganje, še preden se začne, in tudi ko se začne, ni nosečnosti brez tveganja.« (Lupton, 1999) Armstrong (1995) poudarja, da medicinske prakse temeljijo na »medicini nadzora«, katere cilj je opredeliti tveganje v populaciji, s čimer regulirajo in nadzorujejo celotno populacijo s promocijo zdravja in obsežnimi presejalnimi programi, kar se še posebno nanaša na nosečnost. Nosečnost je torej postala najbolj regulirano obdobje, ki se osredotoča na plod s tremi standardiziranimi oblikami nadzora: oceno tveganja, splošno prenatalno diagnostiko in usmerjeno prenatalno diagnostiko, ki je namenjena posameznim rizičnim skupinam. Tveganje v nosečnosti se pripisuje neposredno posameznim telesom oziroma posameznim ženskam (Armstrong, 1995). Medicinski diskurzi o ženskem telesu temeljijo na domnevi o bolezni kot imanentni lastnosti ženske narave in edino poslanstvo ženskih spolnih organov vidijo v ugnezenju oplojenega jajčeca in skrbi za razvijanje zarodka (Tivadar, 1996, str. 207).

Ženske se v družbi predstavljajo kot nemočne in patološke subjekte s posebnimi potrebami, ker imajo odgovornost do materinstva in reprodukcije, zato so predvsem v nosečnosti intervencije usmerjene v individualno vedenje in v zdravje nosečnice. Uporabnice drog so predstavljene kot kontaminirana telesa, ki so nevarna družbenemu redu in nerojenemu fetusu, ki mu družba posveča namenja vso pozornost, ženske pa so v drugotnem položaju oziroma postanejo zgolj telo reprodukcije. Tukaj se manifestira biooblast¹⁸ in ustvarjajo »krotka pokorna telesa nosečnic«, ki sledijo nasvetom strokovnega osebja, če pa tega ne zmorejo zaradi odvisnosti od prepovedanih drog ali težav v duševnem zdravju, pa čutijo občutke krivde in sramu in so deležne obsojanja in kaznovanja strokovnjakov, okolice, javnosti ter za to krivijo tudi same sebe, saj discipliniranje in nadzor ponotranjijo (Foucault, 1999; Lupton, 2009).

¹⁸ Foucault (1990) je biooblast opredelil kot medicinsko dominacijo nad telesom drugega. Oblast od posameznika pričakuje, da bo sprejel odgovornost za svoja dejanja in za svoje dobro počutje. Interes držav je, da so državljani produktivni in samoregulativni. Državljanke spodbujajo k temu, da so sami odgovorni zase, da se disciplinirajo, nadzirajo svoja telesa in tako dokazujejo, da se obvladujejo. Vlada deluje na distanci, podpirajo jo druge državne institucije, kot so izobraževalni sistem, mediji, ki prevzemajo imperativ samoregulacije med državljani (Lupton, 1995). Biopolitika se nanaša na aparate strokovnega znanja in prakse, ki disciplinirajo človeška telesa. Izvajajo jih državne institucije, ki zdravje promovirajo, organizirajo testiranja in kampanje za varovanje javnega zdravja. Vsi državljani v sodobnih neoliberalnih družbah imajo odgovornost, da upoštevajo strokovne nasvete, kako najbolje nadzorovati telo. Upravljanje z zdravjem svojega telesa je postala podoba dobrega državljana (Foucault, 1999).

Na vse večjo vlogo strokovnjakov ima prav gotovo velik vpliv medikalizacija nosečnosti. »Ženska telesa so oblikovana tako, da bi v večini primerov lahko nosila in rodila otroka, kultura v svojih raznoterih oblikah pa je tista, ki določa status in pogoje za materinstvo.« (Drglin, 2003, str. 23) Ann Oakley, (1992) opiše medikalizacijo nosečnosti v dveh korakih, in sicer se je v 17. in 18. stoletju nosečnost umestila v medicinski diskurz kot naravno stanje, v 20. stoletju pa se je začela razvijati klinična skrb za nosečnice, kar se je izrazilo zlasti po letu 1950. Postopno se je spremenila definicija nosečnosti od naravnega stanja do bolezni, ko so jo povezali s patologijo in je postala medicinski problem. Nosečnost se spremeni v medicinski proces, pri katerem opazujejo zarodek ter spremljajo in nadzirajo njegov razvoj. Nosečnico s tem postavijo na drugo mesto. Tako naj bi se vloga ženske zožila v vlogo pacientke (Kitzinger, 1994). Prav medicina je s prisvajanjem ženskega telesa sproducirala identiteto pacientke, kar je olajšalo redukcijo ženske zgolj na telo. Medicinski diskurz pomembno določa tudi podobo dobre matere in vse bolj pridobiva avtoriteto kot glavni označevalec zdravega, normalnega, saj prek množičnih medijev vse bolj pronica na vsa področja vsakdanjega življenja (Štular, 1999). S preseganjem tistega, kar je opredeljeno kot normalno ali patološko, je medicina nadzora spremenila normalno nosečnost v konstantno rizično stanje, ki zahteva spremljanje materinega in plodovega zdravja z medicinskimi posegi (Burton-Jeangros, Cavalli in Hammer, 2013). Ženske nosijo moralno odgovornost do teh norm, zato so tiste, ki jih ne upoštevajo, stigmatizirane (Bessett in Walensky, 2010). Nekatere z neupoštevanjem družbenih norm izkazujejo upor do postavljenih pravil, medtem ko se pri drugih razvijejo občutki krivde, če prekoračijo predpisane ali nepredpisane norme (prav tam). Norme in pravila v nosečnosti se oblikujejo tudi skozi medije in politično ideologijo, ki dodatno krepi odgovornost za zdravje ploda in nalaga glavno odgovornost materi.

Na deviantnost žensk uporabnic drog pomembno vplivajo stereotipi, ki izhajajo predvsem iz vojne proti drogam. V 90. letih prejšnjega stoletja so mediji začeli selektivno poročati o epidemiji »crack babies«, ki so imeli NAS, zaradi katerega so že kot novorojenčki trpeli abstinenčno krizo in za katerega so bile odgovorne odvisne matere, ki so v svoje telo vnašale prepovedano drogo. Vendar so bili ti prispevki predstavljeni brez znanstvenih potrditev o posledicah, spregledani pa so bili drugi dejavniki tveganja (vzgoja, ekonomski status, nasilje). Na deviantnost so vplivali tudi znanstveni prispevki, ki so se v velikem številu začeli posvečati temu, kako droga vpliva na razvoj ploda in kakšne so posledice, ter statistični podatki, ki kažejo, da narašča število rojenih otrok, ki so bili v maternici izpostavljeni drogam. Naslednji dejavnik pa je povezan z mnenjem javnosti, ki je zaradi poročanja medijev

razvila prezir do mater uporabnic drog. Nastalo je tudi gibanje, ki se je zavzemalo za pravice fetusa, ki so ga začeli obravnavati kot osebo. Vse to je vplivalo na to, da so začeli kriminalizirati in stigmatizirati vedenje nosečih uporabnic drog (Lyttle, 2012).

V zadnjega pol stoletja je nosečnost postala del javne sfere, kar je pripeljalo do ontološke ločitve fetalnega telesa od potreb žensk, ki ga nosijo. Pri tem fenomenu so imele pomembno vlogo biotehnologije, ki so prinesle možnost opazovanja ploda, pri katerem se lahko določi njegovo zdravje in razvoj: »S tem pa fetus postane fetalni pacient, kjer so v ospredju njegove pravice in kjer nosilka ploda ostane spregledana.« (Lupton, 2011, str. 115) Rener in drugi (2006) trdijo, da se s pojavom protektivnega otroštva materinstvo začne že v maternici, kar pomeni, da se zahteve do mater pomikajo že v obdobje spočetja in nosečnosti. Tako odločitev za otroka postane skrbno načrtovan projekt v življenjskem poteku, ki vključuje vrsto medicinskih in psiholoških nasvetov o zdravi nosečnosti (Rener in drugi, 2006). Ni sporazuma o tem, na kateri točki postane fetus otrok. Fetalna telesa povzročajo negotovost, saj so ujeta v materinem telesu, poleg tega se razvijajo vse od delitve celic pri oploditvi do rojstva. Antropologi ugotavljajo, da imajo različne kulture različne načine odločanja, kdaj fetus postane otrok oziroma človek (Kaufman, Silver in Poulin, 1997). V zahodnih družbah sta fetalna osebnost in utelešenje neločljivo povezana z nosečnostjo. Materino telo je predstavljeno kot nevarno, prepustno, odprto za posege in kot nekaj, kar ženske lahko zlorabljajo (Lupton, 2012). Zdravje in dobro počutje otrok vseh starosti je v središču pozornosti biopolitike, saj otroci pomenijo potencial prihodnosti (Beck in Beck Gersheim, 2002; Lee in Motzkau, 2011). Noseče ženske tako postanejo glavne tarče neoliberalnih vladnih strategij, ki niso povezane samo s skrbjo zase, ampak, kar je še bolj pomembno, s skrbjo za (potencialnega) otroka. Ta diskurz neprenehoma producirajo popularni mediji in država z množico nasvetov za nosečnice. Tako postanejo nosečnice in otroci biomedicinski subjekti, njihova telesa pa so definirana in kontrolirana skozi diskurz biomedicine (Salmon, 2011).

Ker se je povečala skrb za zdravje in dobro počutje fetusa, je nosečnica prikazana kot okolje, v katerem raste zarodek. Govor o tveganjih za plod je pomembno vplival na izkušnjo nosečnosti. Ločevanje fetusa od materinega telesa je nosečnico postavilo v položaj, da je odgovorna za dobro počutje drugega telesa. Njeno telo je dvakrat ogroženo in je dvojno odgovorna za dve telesi. Otrokovo telo je predstavljeno kot krhko, zelo ranljivo, njegov razvoj je dovzeten za številne grožnje (Kristeva, 1982). Tehnologija je prinesla to, da se je plod začel predstavljati kot ločeno bitje od matere, iz zasebne izkušnje se je preselil v javnost, kjer je

predmet zunanjih mehanizmov, nadzora in regulacije. Zaradi vse glasnejših zahtev, da je vloga noseče ženske zaščititi fetus, sta materino in fetalno telo predstavljena kot nasprotna drug drugemu. Noseče ženske so predstavljene kot nosilke dragocenega fetusa, ne pa kot posameznice s svojimi lastnimi pravicami, ki imajo svoje potrebe in prioritete. Posledično so ženske, ki ne hodijo na redne zdravstvene preglede in se ne udeležujejo drugih programov za nosečnice, označene za nevarne, ker so namerno škodovalе fetusu ali pa so nadaljevale uživanje drog in alkohola (Lupton, 1999; McNaughton, 2011).

Zaradi umazanije, onesnaženosti, nečistosti¹⁹ reproduktivnih organov se uporabnice drog soočajo s tako imenovano reproduktivno izgubo. Po mnenju Ettore in Cambell (2011) ta koncept ne vključuje samo občutka smrti ali umiranja, temveč je povezan tudi z občutkom žalosti in žalovanja, s katerim so uporabnice včasih fizično, včasih metaforično in včasih pravno oropane zmožnosti za biopsihosocialno reprodukcijo. Zaradi samega uživanja drog so ženske obravnavane kot družbeno nečiste, ker bodo domnevno generacijsko prenašale odvisnost ali povzročile, da se bo otrok »nalezel« odvisnosti, ali pa so nevredne imeti otroke oziroma biti reproduktivne. Reprodukтивna izguba za uživalke drog pomeni izgubo reprodukтивnega potenciala; gre za močan izključevalni proces, ki je usmerjen v vsako uporabnico (Anderson, 2008). Nečista oseba postane dvojno zlo, predmet obsojanja, ker je prekoračila moralno mejo in, ker je ogrožala druge (Douglas, 2010). Uporabnice drog so bile upodobljene kot prenašalke abjektности in toksičnosti, ker so rodile odvisne otroke in nosile otroke v maternici. Čeprav so feministične zagovornice in nekateri strokovni delavci opozarjali na prezgodnje obsodbe in moraliziranje, pa so »zagovorniki otrok« imeli velik vpliv na stigmo uporabnic. Poudarek je bil na nedolžnih otrocih in skrunjenju materinstva, ker so z drogo zastrupljale otroka, zato zanje materinstvo ni primerno. Ettore (2007) uporabi pojem »notranjega onesnaževanja«, ker je varnost notranjega okolja telesa uničena, kar vpliva tudi na druge oziroma širi kontaminacijo na druge, zato morajo biti uporabnice drog kontrolirane od zunaj, saj jim primanjkuje notranje kontrole.

5.1 Nenačrtovana nosečnost

Pri večini intervjuvank, pa tudi številne raziskave to potrjujejo (Kaltenbach, 1992; Grella, Neddell, Shi in Hse, 2009; EMCDDA. 2014), je pogosto nosečnost nenačrtovana (75 %), ker

¹⁹ Z nečisto osebo je vedno nekaj narobe. Razvila je neko napačno stanje ali preprosto prekoračila neko linijo mejo, ki je ne bi smela. Ta premestitev pa nad nekoga priključuje nevarnost (Douglas, 2010).

se bodisi z možnostjo zanositve ne ukvarjajo bodisi si želijo postati matere, vendar si bi ob načrtovani nosečnosti to težje dovolijo, ker je družbeno nesprejemljivo, da bi si mati, ki ne more poskrbeti zase, kaj šele za drugega, dovolila imeti otroka. Zato bodisi o kontracepciji ne razmišljajo ali pa poskušajo tvegati zanositev. Kot pravita Rosenbaum in Murphy (1999), je to tudi začetek zasebne dileme o nosečnosti, ko se ženske želijo izogniti javni razpravi o tem, ali je njihova nosečnost primerna ali neprimerna, zato večkrat odrivajo misel na nosečnost, se ne zmenijo za znake, ali pa je lahko droga tudi strategija odmika od soočanja z nosečnostjo. Zanikanje znakov nosečnosti je lahko povezano tudi s tem, da jih je strah soočanja s stigmo okolice in strokovnjakov ter z lastnimi občutki krivde in sramu. Pogosto se z znaki nosečnosti in s telesom sploh ne ukvarjajo (*»Tudi premikov nisem nič čutila, nisem polagala pozornosti na to.«*) (RNP SS 33).

Dokler nosečnosti ne prepoznajo, se lahko izognejo ginekološkimi pregledom in soočenju z odvisnostjo. Zanikanje je lahko povezano tudi s tem, da se ne želijo odpovedati substanci, ki je bila zanje strategija spoprijemanja s fizičnimi in čustvenimi problemi, kot so partnerski konflikti, soočenje s travmo, ali pa se ne želijo odpovedati pozitivnim učinkom drog (*»Tisti trenutek, ko sem izvedela, sem začela, kaj bo zdaj, da vam po pravici povem, sem najprej pomislila, zdaj bom pa mogla z vsem nehati, pa kako bom s krizo. Potem sem pa šla na metadon.«*) (RNP SS 33). Ena od intervjuvank je spregovorila tudi o ljubosumju na partnerja, ki je med njeno nosečnostjo užival drogo pred njo, ona pa si tega zaradi nosečnosti ni mogla več privoščiti. V tem primeru lahko partnerstvo pomeni oviro pri trudu, da bi zmanjšale ali abstinirale od prepovedanih drog in drugih substanc (*»Jaz priznam, jaz sem bila ljubosumna na njega, ti si zadet, jaz pa nisem.«*) (AVP R 14).

To obdobje je pogosto povezano tudi z odločanjem, ali naj obdržijo otroka ali naj nosečnost prekinejo. Ker je odločitev tako težka, velikokrat zanikajo znake nosečnosti. Zato včasih z odločitvijo toliko časa odlašajo, da je za splav že prepozno, saj gre nosečnost lahko že čez drugo trimesečje, ko zdravniška komisija splava ne odobri. Nekatere od respondentk, ki so zanosile nenačrtovano, so, najprej razmišljale o splavu, vendar so se zaradi različnih razlogov potem premislile ali pa so se morale premisliti zaradi prepozno ugotovljene nosečnosti. Razlogi za razmišljanje o splavu so bili različni: uživanje večje količine drog, neustrezne socialne razmere, razhod s partnerjem, strah pred posledicami odvisnosti pri otroku, NAS, želja po nadaljevanju uživanja drog. Za splav se nekatere niso odločile, ker je bilo to v nasprotju z njihovimi prepričanji in vrednotami (*»Nisem razmišljala o splavu, sem proti njemu, tudi če bi bila posiljena, splava nikoli ne bi naredila.«*) (AVP R 22), nekatere pa ga

niso naredile, ker so si partnerji in svojci želeli, da obdržijo otroka (*»Pa sva šla do SD, pa je tud ona bila za splav. Pol je rekla, da ta MTD, je vedela, da nisem nič jemala drugega, kot to. Potem sva videla, da niso taki riziki, ker sem bila samo na MTD, sam sem vedela, da moram jemati MTD še tako naprej. In tako je tudi bilo.«*) (AVP PS 20).

Nosečnost so respondentke po večini prepoznale med drugim in tretjim mesecem nosečnosti, nekatere tudi kasneje. Ena pa do poroda ni vedela, da je noseča (*»Na urgenci pravijo kot da bi bil srček, pa fantek je. Vi imate popadke na 10 minut. V porodnišnico, so rekli, da moram it, da sem noseča. Potem mi je rekla moja ginekologinja, saj se samo vam to lahko zgodi. Jaz nikoli ne bi imela otroka, ne s tem partnerjem, pa tud zaradi socialnih razmer ne. Slabo mi je bilo zadnje mesece, ampak sem imela čist uničeno ščitnico in od antipsihotikov sem bila napihnjena. Jaz sem mislila, da imam rano na želodcu, mene je skoraj kap zadela. Sem rodila, sem bila cel mesec v šoku.«*) (RNP R 25).

Razlogi, ki so jih intervjuvane matere navajale za pozno prepoznavo nosečnosti, so naslednji:

Motnje menstrualnega ciklusa

Ženske, ki uporabljajo drogo, zaradi izostanka oziroma odsotnosti menstruacije pogosto mislijo, da v tem času ne morejo zanositi, zato tudi ne uporabljajo zaščite. Na motnje menstrualnega ciklusa pogosto vplivajo hormonske spremembe ter specifičen življenjski slog (*»Jaz sem izvedela, da sem noseča, ko sem bila noseča dva meseca, nekaj takega. Ni bilo menstruacije. Pri menstruaciji sem bila jaz zmeri zgubljena, ker je ni bilo, pa je bila. Potem pa kaj jaz vem, potem pa res že dolgo, da jo nisem imela. Zredila sem se, pa ne tako da bi se zredila, pa res se mi je zdelo, da imam samo trebuh, pa to je bilo, da sem imela prsi take napihnjene. Potem pa sem čakala menstruacijo, nikjer je ni bilo... Potem pa sem šla kupit test in sem bila noseča.«*)/(*»Pri sinu pa sem bila že skoraj 4 mesece noseča, pa sploh nisem vedela, da sem noseča, zato, ker po hčerki sem imela neredne menstruacije, tudi 3, 4 mesece nisem imela... In potem sem mislila, so me začele prsi bolet, sem mislila, da bom končno dobila, vedno bolj boli. Samo ne recite mi, da sem noseča. Naredim test in sem šla k zdravniku in je reku, da sem skoraj že 4 mesece noseča.«*) (AVP R 14).

Znaki nosečnosti = abstinenčna kriza

Nekatere so znake nosečnosti (slabost, utrujenost) povezovale z abstinenčnimi znaki in niti niso pomislile na nosečnost (*»Ne jaz sem mislila, da je od »horsa«, ker sem ga tudi takrat še jemala, da je od tega takrat, ko bruhaš.«*) (AVP PS 2).

Prepričanje, da zanositev ni možna

Nekatere so bile prepričane, da ne morejo zanositi ali zaradi droge ali zaradi drugih težav, s katerimi so jih že prej seznanili ginekologi (*»Tudi meni so rekli, ker sem imela sepso, da ne bom mogla imet otrok. Jaz sem iz komune prišla, torej takrat nisem bila na metadonu, sem samo hors jemala, tako, da tudi nisem skrbela za zaščito pa nič. Saj tudi prej sem hotela imeti otroka, pa nisem mogla zanositi, potem pa, ker sem bila čista kar dolgo, potem pa sem zanosila.«*) (RNP R 25). Ena od respondentk je ves čas imela nezaščitene spolne odnose, a prej ni nikoli zanosila, zato je mislila, da je neplodna (*»Jaz sem mislila, da nisem plodna, ginekologinja je rekla, da je zelo majhna možnost, da zanosim. Jaz sploh nisem mislila, tudi spolne odnose sem imela eno leto nezaščitene, brez kondoma, brez vsega, brez vsake zaščite.«*) (RNP PS 3). Intervjuvanka, ki ni vedela za nosečnost do poroda, pa je bila že tolikokrat posiljena in pri tem poškodovana, da so ji vsi zdravstveni delavci rekli, da ni nobene možnosti, da zanosi (*»So mi rekli, da ne bom mogla imeti otrok. Bila sem tolikokrat raztrgana ...«*) (RNP R 25).

Tveganje zanositve in nezaščiteni spolni odnosi

Večina od njih ni poročala o tem, da bi pred zanositvijo razmišljale o zaščiteneh spolnih odnosih, in je bilo tveganje nosečnosti ves čas prisotno (*»Nosečnost ni bila načrtovana, mislila sem si, da če bo ratalo bo ratalo, ni bilo razmišljanja. Ne vem, kaj sem takrat razmišljala o sami nosečnosti.«*) (AVP SS 17).

Nezaznavanje telesnih sprememb

Zaradi uživanja večjih količin drog pride posledično lahko do otopelosti, manjše sposobnosti dojetanja telesa in prepoznavanja dogajanja v telesu (*»Nisem čutila nič telesnih sprememb. Trebuh se mi je povečal, pa sem mislila, da sem od zdravil debela. Nisem mislila, da sem noseča. Nikoli nisem niti bruhala, menstruacijo sem imela tudi redno. Do 4. meseca sem imela tudi menstruacijo.«*) (AVP SS 29).

Druga respondentka ni vedela, da je noseča, do šestega meseca nosečnosti, dokler je ni s tem soočila okolica (*»Do šestega meseca sploh nisem vedela, da sem noseča. Mislila sem si, pol pa so mi rekli, ko sem delala v lokalu, mi je en prijatelj rekel, ti si sigurno noseča. Potem pa je bila tam mama na kavi, pa je šla kar tester kupit in sem bila in me je šla k ginekologu naročit, vse ona. Jaz nisem nič čutila. Tudi premikov nisem nič čutila, nisem polagala pozornosti na to.«*) (RNP SS 33).

Intervjuvanke je bilo tudi strah, ali bodo zmogle materinstvo, obsojanje in stigmo, strah jih je vstopa v institucije. Nobena ni poročala o tem, da bi se v času pred zanositvijo ali tudi pozneje posebej ukvarjale z zaščito pri spolnih odnosih. Za to po mnenju nekaterih strokovnjakov obstaja vrsta razlogov. Večina intervjuvank se je v življenju soočala z nasiljem, revščino, zlorabami, kar posledično pripelje do občutka, da ne obvladujejo svojega življenja in telesa. Tiste, ki so doživele spolno zlorabo, pa v odraslosti težje vzpostavijo kontrolo nad spolnimi odnosi, kar vpliva na uporabo kontracepcije, ker nimajo ustreznih veščin in imajo nizko samopodobo in samospoštovanje (Pyng Sun, 2009). Teh, z izkušnjo spolne zlorabe, je bilo v naši raziskavi 22,5 %, z izkušnjo nasilja pa 47,5 %.

5.2 Načrtovana nosečnost

25 % intervjuvank je poročalo o tem, da so nosečnost načrtovale in so si otroka želele, čeprav so nekatere uživale drogo ali pa bile na nadomestni vzdrževalni terapiji (*»Prej sva poskusila vse, da bi imela otroka, pa sva hodila na preiskave. In jaz in on. Vse je bilo ok, vendar nisem zanosila. Skoraj devet let nisem zanosila ... potem pa sem že imela v zavesti, da ne morem zanositi, potem pa je uspelo. Zelo sem bila vesela, ko sem izvedela, da sem noseča.«*) (AVP SS 18).

Respondentka, ki je sicer skrivala uživanje substanc pred partnerjem in starši, si je želela otroka. Trudila se je, da bi vzpostavila abstinenco, vendar je ni zmogla. Čeprav je bila v stiski, je bila želja po otroku močnejša (*»Midva sva načrtovala otroka, eno leto nisem mogla zanositi. Strah me je bilo, ker on je bil čist in jaz si otroka želim, kaj pa vem no. Ni prav, da če imaš na terapiji otroka.«*) (AVP SS 9).

Nekatere pa so upale, da jih bo prav nosečnost in materinstvo tako okupirala in motivirala, da bodo lahko prenehale uživanjem droge oziroma da bo otrok nadomestil drogo. S tem bi lahko prevzele drugo vlogo v življenju, saj materinstvo lahko pomeni priložnost, da postanejo »normalne ženske« (*»Sem mislila, da če bo otrok, se bomo ustavili in bomo imeli kaj za delati, se bomo zaposlili. Otrok je bil načrtovan, ker smo mislili, da se bomo sčistili.«*) (AVP PS 2)/(*»Sem še razmišljala, da bom imela otroka, pa da ne bom odvisna. Takrat sem vedela, ali bom imela otroka, ali pa bom odvisna postala.«*) (AVP PS 15).

Razlog za načrtovano nosečnost je bilo tudi upanje v izboljšanje ali ohranitev partnerskega odnosa ali celo prekinitev nasilja v partnerskem odnosu. (*»Zadnji otrok je bil bolj zaradi tega,*

da bi ostala skupaj, da naju bi mogoče bolj povezal.» (RNP PS 27). Drugorojeni otrok je bil pri večini spet nenačrtovan, vendar so se nekatere odločile, da ga obdržijo, ker so želele večjo družino ali pa so zopet prepozno prepoznale nosečnost.

5.3 Splav

Tretjina respondentk je imelo izkušnjo s splavom oziroma so ga nekatere načrtovale, vendar ga niso mogle narediti zaradi prepozno ugotovljene nosečnosti. Nekatere pa so se zanj odločile zaradi osebnih, strukturnih ali ekonomskih ovir. Pri tej odločitvi so ženske upoštevale različne dejavnike, kot so zdravstveno stanje, življenjske okoliščine in motivacijo za abstinenco:

- **niso hotele imeti otroka na drogi:** (*»Potem sem imela vmes splav, sem sama naredila, sem takrat razmišljala v takem stanju, pa ne bom imela otroka, nisem hotela, da bi bilo še 20 let trpljenja.» (AVP PS 15)/»Otroka nisem hotela obdržati, glede na to, kaj vse sem jemala in sama bi ostala, ne bi mogla zanj skrbet.» (RNP SS 21).*
- **okuženost s hepatitisom:** (*»Enkrat sem bila noseča in ga nisva hotela imeti, ker sva oba imela hepatitis.» (ANP PS 36).*
- **neurejene socialne razmere:** (*»Ne moreš imeti otroka kar tako, saj ga imaš lahko ampak ni dobro za otroka, kje bo otrok, še tako si reven nimaš nič. Pomembno je, da bi bila oba zdrava, da imata oba službo, da mu lahko kaj nudiš.» (RNP R 40).*
- **zanositev kot posledica prostitucije:** (*»Pred kratkim sem imela splav, ko sem bila nakrizirana, sem rabila tiste tablete, ker so mi ukinili terapijo, ko sem se drogirala, takrat sem to delala za denar.» (RNP SS 21).*

Večina je pri prvi nosečnosti otroka obdržala, za splav so se pogosteje odločale pri drugi ali tretji nosečnosti. Sklepamo lahko, da so pri naslednjih nosečnostih bolj pozorne na znake oziroma so že bile matere in si niso želele še enega otroka. Nekatere so nosečnost tudi prej prepoznale in so jo lahko tudi pravočasno prekinile. Ena pa je imela po dveh porodih še sedem splavov, ker ji nobena zaščita ni ustrezala. Splav je pogosto še dodaten stresni dogodek v njihovem življenju, ki so ga spremljali občutki krivde in samoobtoževanja. Še posebej travmatičen je bil splav za intervjuvanko, pri kateri je bil zaradi visoke nosečnosti sprožen porod, saj je bila nosečnost ugotovljena šele v 14. tednu (*»Sem imela slabo vest, ne bi mogla ga sprejeti, sovražila bi samo sebe. Že tako se sovražim, ker sem mogla to narediti, še bog me*

bo za to kaznoval. Pa še mogla sem ga gledati, ker sem mogla roditi, to mi je najhujše. Tablete ti dajo, to je bilo res grozno. Potem sem tablete še bolj jemala.» (RNP SS 21).

Nobena od respondentk pa ni razmišljala o tem, da bi otroka po rojstvu oddala v posvojitev ali rejništvo (*»Sem rekla, ne bi mogla jaz prenesti tega. Kar imejte otroka, pa ga dajte v posvojitev, pa sem rekla ubijem se prej. Kar vrgla bi se pod avto. Hvala bogu, pol sem molila ali mi bo komisija odobrila splav, me je še to sekiralo. Jaz ne bi mogla roditi. Jaz bi si res nekaj naredila.» (RNP SS 21).*

Na drugi strani pa tudi veliko strokovnih delavcev, partnerjev in drugih sorodnikov spodbuja uporabnico pri odločitvi za splav, saj so prepričani, da je to zanj in za nerojenega otroka boljša izbira (*»Rekla mi je, da naj naredim splav. Kako pa boš skrbela za njega, saj ne boš sposobna. Takrat mi je bilo grozno to slišat.»*). Kot pravi Zaviršek (2000), je tam, kjer je ženskam prepovedana pravica do reproduktivne izbire, pomembnejši otrok kot ženska sama. Ko pa ženska, ki uporablja drogo, splav načrtuje, je najpomembnejša ona, ki jo odločilno določa njen hendikep, ker je odvisna in se ne sme reproducirati, saj je selekcija v družbi določena tako, kot je konstruirana normalnost. Odvisna ženska ogroža stereotipno podobo matere z otrokom, je izziv tradicionalni spolni matrici, ki zahteva koherenco med družbeno ustvarjenim spolom, spolnimi praksami in telesom, sposobnim za materinstvo (Zaviršek, 2000). Tudi fetusi uporabnic drog so manj vredni od drugih privilegiranih fetusov, zato bi morale matere uporabnice drog imeti moralno odgovornost starševstva, ko se morajo odločiti, ali bodo obdržale otroka ali ne (Anderson, 2008).

5.4 Uživanje substanc v nosečnosti

Vse psihoaktivne substance, droge, alkohol in predpisana zdravila, imajo različne vplive na nosečnost in novorojenca. Različne substance imajo različne posledice (glej Tabelo 2.2). Medicinske raziskave se osredotočajo bolj na same učinke drog, ne pa na druge dejavnike, kot so nižji SES (socialnoekonomski status), brezdomstvo, nasilje, travme itd., ki jih je težje raziskovati ločeno, kar ostaja odprto vprašanje za nadaljevanja raziskovanja (Heavens, Simmons in Shannon, 2009; Jones, Grady in Tuton, 2011). Problem je tudi v tem, da je bilo večina raziskav med nosečnicami uporabnicami drog narejenih med ženskami z nižjim SES, saj ženske z višjim SES ostajajo pogosto v sistemu pomoči in raziskovanja nevidne (prav tam).

Tabela 5-1: Zdravstvena škoda, povezana z uživanjem substanc v nosečnosti

Dovoljene substance	Prepovedane substance
<p>Alkohol:</p> <ul style="list-style-type: none"> – spontani splav – prezgodnji porod in skrajšana dolžina nosečnosti – manjša rast ploda in porodne teže – fetalni alkoholni sindrom 	<p>Konoplja:</p> <ul style="list-style-type: none"> – lahko vpliva na razvoj ploda – študije so pokazale povezavo med uživanjem THC in zmanjšano porodno težo, čeprav so posledice manjše kot pri kajenju – nekatere študije so pokazale, da so otroci, katerih matere so v nosečnosti kadile THC, imeli blage razvojne težave, vendar se rezultati mešajo tudi z drugimi situacijskimi dejavniki (zdravje, življenjski slog ter uživanje več substanc)
<p>Tobak:</p> <ul style="list-style-type: none"> – rahlo povečano tveganje za spontani splav – pripomore k nizkoležeči posteljici v kasnejših fazah nosečnosti, in odlučenju posteljice – nizka porodna teža, prezgodnji porod – perinatalna umrljivost 	<p>Kokain:</p> <ul style="list-style-type: none"> – prezgodnji razpok membrane in odluščena posteljica – drugi škodljivi učinki, ki se pripisujejo mešanju z drugimi situacijskimi dejavniki zdravja, kot je življenjski slog, uporaba več substanc
<p>Legalni opiodi:</p> <ul style="list-style-type: none"> – študije so pokazale škodljive učinke tramadola na plod 	<p>Amfetamini:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zloraba v nosečnosti je povezana z nizko porodno težo in prezgodnjim porodom povečano morbidnostjo ploda, kar je povezano tudi z drugimi dejavniki zdravja, življenjskega sloga in zlorab več substanc <p>Anabolični agensi:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> – anabolični-androgeni steroidi so teratogeni – zloraba v nosečnosti je kontraindikacija
	<p>Ilegalni opiodi:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zavrta rast ploda – nizka porodna teža, prezgodnji porod, odtegnitveni simptomi, respiratorna depresija – to so lahko tudi dejavniki, ki vplivajo na smrt novorojenčka – pomembni so tudi drugi dejavniki (okolje, hrana, življenjski slog, travma, okužbe) – težave v nevrološkem razvoju
	<p>Rastline:</p> <ul style="list-style-type: none"> – žvečenje kate med nosečnostjo vpliva na nižjo porodno težo in prezgodnji porod – ni dokazano, da bi khat imel teratogeni potencial
	<p>Hlapne snovi:</p> <ul style="list-style-type: none"> – odtegnitveni simptom – tveganje za nezaželene izide

Vir: Povzetek: Zdravstvena škoda posameznih substanc, University of Liverpool (2011)

Te specifične posledice substanc so povezane tudi s cikli intoksikacije in abstinenčne krize, ki se lahko pojavljajo na nekaj ur, morebitnimi strupenimi primesmi v drogi (čistost heroína), okužbami, količino in vrsto drog. Vsi ti dejavniki so soodvisni drug od drugega in pomembno vplivajo na izid nosečnosti (Ward, Mattick in Hall, 1998). Nosečnice z odvisnostjo od opioidov se med nosečnostjo zdravijo z nadomestno vzdrževalno terapijo, najpogosteje z metadonom in buprenorfinom, in tudi otroci razvijejo pasivno odvisnost od teh agensov (Kaltenbach, 1998). Kljub NAS je med nosečnostjo nadomestna vzdrževalna terapija boljša izbira za uporabnice drog in v kombinaciji s psihoterapevtskim zdravljenjem zmanjšuje pojavnost komplikacij v nosečnosti, ob porodu in pri plodu (Finnegan, 2000). Stabilnost na nadomestni vzdrževalni terapiji omogoča, da nosečnica ne jemlje prepovedanih drog, prav

tako omogoča spremembo življenjskega sloga in boljši dostop do prenatalne in postnatalne oskrbe. Raziskave so pokazale, da imajo matere, ki so vključene v vzdrževalno nadomestno terapijo in se jim uspe v nosečnosti držati predpisane doze, manj težav z duševnim zdravjem, so bolj zadovoljne s prenatalno oskrbo ter se bolje pripravijo na rojstvo otroka. Novorojenčki imajo večjo obporodno težo in so rojeni kasneje (Lewis, 2002).

Raziskovalci opozarjajo, da v nasprotju z alkoholom, benzodiazepini, opioidi nimajo teratogenega potenciala. Zato je treba posebno pozornost nameniti predpisanim zdravilom in legalnim substancam, ki imajo hude posledice za plod in novorojenčka, kot so motnje pri razvoju ploda in nenadna smrt novorojenčka (Durand in Lejeune, 2012). Nedavne raziskave (Mayet, Groshkova, Morgan in Strang, 2008; Greenfield, Beck, Lawson in Brady, 2010; Durand in Lejeune, 2012) kažejo, da veliko število nosečnic uživa več psihoaktivnih substanc. Strokovno osebje je večkrat osredotočeno predvsem na opioidno odvisnost, zato ne prepoznajo, kako je z uživanjem drugih psihoaktivnih snovi (PAS), kot so alkohol, BZO, uspavalna in druge substance, ki so trenutno na trgu. Prav tako zaradi stigmatizacije velikokrat nosečnice ne dajejo pravih podatkov o uživanju PAS. Durand in Lejeune (2012) sta od leta 1999 do 2008 spremljala nosečnice, ki so imele od začetka nosečnosti postavljeno diagnozo odvisnosti od prepovedanih drog, vsaj od dveh substanc. Ugotovila sta, da so imele tiste, ki so uživale več psihoaktivnih snovi, več težav v nosečnosti, več težav v duševnem zdravju, pogosteje so bili otroci rojeni v 37. tednu, imeli so nižjo obporodno težo in NAS, z več hujšimi simptomi. Pri ženskah, ki so uživale štiri ali več psihoaktivnih snovi, so bili otroci večkrat takoj po rojstvu premeščeni v rejništvo (McGlade, Ware in Crowford, 2009). Na trgu pa se dnevno pojavljajo vedno nove in nove substance, pri katerih pa še ni narejenih raziskav o vplivih in posledicah za nosečnost in otroka.

Večinoma so intervjuvanke, preden so ugotovile, da so noseče, poleg nadomestne vzdrževalne terapije aktivno uživale tudi druge substance (*»Sem imela tudi Sanval, zraven sem ga snifala, sem ga zlorabljal, preveč sem ga imela. Tudi po deset.«*) (RVP SS 11). Nekatere niso zmogle prenehati uživanja kljub strahu, da bo zaradi tega imel otrok več posledic (*»Bila sem na metadonu in BZO, vmes sem travo kadila, bilo me je strah.«*)(AVP SS 16). Samo ena od intervjuvank je povedala, da si je med nosečnostjo injicirala metadon, poleg tega je jemala večjo količino drugih substanc (*»Mogoče niso vedeli iskreno koliko MTD rabim, ne koliko ga v bistvu zlorabljam še zraven. Vedeli so mogoče, da ga injiciram, namesto pijem.«*) (AVP SS 17).

Včasih pa jih odvisnost in druge pridružene težave tako okupirajo, da se z nosečnostjo sploh ne ukvarjajo (*»Jaz nisem nič pazila. Jaz sem isto dozo jemala, ker sem jih mogla, pa tablete tudi. Mogoče sem zmanjšala alkohol, vendar spet ne na nulo. Tako, da ja, nosečnost je bila kar rizična, cela, ker meni niso nič zniževali metadona, ker mi ga pač niso smeli. Če ne bi mi do enih 600 bi mi šli dol, jaz pa sem rabila 11 neuradno 30.«*) (AVP SS 17). Ta sogovornica je živela na cesti, kar pomeni, da je bila izpostavljena tudi drugim tveganjem. Nekatere raziskave (Finkelstein, 1994; Stone, 2015) so pokazale, da so ženske z visokimi dejavniki tveganja težje dostopne in ne iščejo pomoči. Tudi če pridejo v sistem pomoči, prej zapustijo zdravljenje in recidivirajo. Lahko bi rekli, da se dejavniki tveganja množijo, ne seštevajo. Nosečnice z več dejavniki tveganja se bolj izogibajo strokovni pomoči, ne hodijo na ginekološke preglede ali hodijo pod krinko, da ne povedo o uporabi drog. Tukaj se postavlja vprašanje, koliko so dejansko strokovni delavci senzibilni za prepoznavanje teh težav in ali jih dejansko želijo prepoznati. Na drugi strani pa so nedosegljive v sistemu pomoči tudi tiste uporabnice, ki so imele dostop do droge in dovolj finančnih virov, da so si to lahko privoščile, kar se je izkazalo tudi pri nekaterih naših intervjuvankah, ki so imele neomejen dostop do droge predvsem prek partnerjev, ki so jim omogočali, da so ostale nevidne. Najpogostejša kombinacija substanc, ki so jo zlorabljale, je bila metadon in BZO in metadon in THC.

Po ugotovljeni nosečnosti pa je več kot polovica respondentk v intervjujih izjavila, da so bile vso nosečnost stabilne na nadomestni vzdrževalni terapiji oziroma da so poleg tega uživale samo predpisana zdravila, ki so jih jemale pod nadzorom zdravstvenega osebja (*»Samo metadon sem jemala in nič drugega. Držala sem se tega, kar so mi rekli.«*) (AVP SS 14). Večina intervjuvank je tudi izjavila, da med nosečnostjo niso uživale alkohola, saj so se zavedale, da ta negativno vpliva na plod.

Poleg težav, povezanih s substancami, so se intervjuvanke že med nosečnostjo soočale tudi z drugimi problemi, ki so bili posredno ali neposredno povezani z uživanjem drog in imajo po mnenju številnih strokovnjakov večji vpliv na nosečnost in počutje mater kot substance same (Murphy in Rosenbaum, 1999; Klee in drugi, 2002; Stone, 2015; Benoit in Roustide, 2016). Večina je živela v slabših socialnih razmerah, bile so prejemnice denarnih prejemkov, kar pomeni, da so se soočale s pomanjkanjem in s slabšo prenatalno oskrbo (manj dostopa do zdrave hrane, primerne stanovanja, ginekoloških pregledov, bolj rizično uživanje drog). Tri so že med nosečnostjo imele izkušnjo z brezdomstvom: dve od njih sta nosečnost preživel na cesti, ena pa v bivalni enoti za brezdomce. Zaradi razmer, v katerih so živele, je bilo pri njih prisotnih še več tveganjih vedenj (prostitucija, alkohol, več vrst drog, injiciranje), bile so brez

zdravstvenega zavarovanja, kar je še dodatno ogrožalo njihovo zdravje in zdravje otroka. 25% intervjuvank je v nosečnosti doživljalo nasilje s strani partnerja in skoraj pri dveh tretjinah intervjuvank je bil tudi partner uporabnik drog, kar pomeni večje tveganje za nosečnico. Bilo je narejenih tudi veliko študij o povezavi med socialnoekonomskim statusom in uživanjem drog, vendar so metodološki pristopi različni, zato so si rezultati raziskav nasprotujoči. Kljub temu lahko rečemo, da so empirične študije pokazale, da ženske z nižjim SES pogosteje uživajo alkohol in druge droge. Ženske z višjim SES naj bi bile bolj seznanjene s posledicami, ki jih ima lahko uživanje substanc za plod. Ženske z nižjim SES imajo manj sredstev in veščin, kako se spopadati s stresnimi situacijami, zato so lahko substance sredstvo za zniževanje stresa (Pyng Sun, 2009). Za ženske uporabnice drog oziroma za marginalizirane skupine je značilen tudi nizek kulturni kapital, ki posameznikom preprečuje, da bi se iztrgali iz določenga družbenega položaja (Bourdieu, 1986). Razlikujemo tri oblike kulturnega kapitala: 1. utelešena oblika znanj in zmogljivosti posameznika (privzgojene vrednote za ustvarjanje in razumevanje kulturnih dobrin), akumuliranost le tega se kaže kot kultura (načini in vzorci določenega vedenja, govora). 2. objektivno se kulturni kapital kaže v posedovanju konkretnih dobrin oziroma kulturnih produktov, ne pomeni samo posedovanje materialnega objekta ampak tudi uživanje in razumevanje le tega, 3. v institucionalizirani obliki pa je prepoznan v obliki akademskih nazivov in se veže na izobrazbo, ki posledično olajša nastopanje na trgu dela (prav tam).

Vendar v raziskavi ugotavljamo, da strokovno osebje ni spraševalo nosečnic o drugih dejavnikih tveganja, ki so povezani s spolom, dohodkom ali nasiljem, in se torej ni osredotočalo nanje. Iz tega lahko sklepamo, da se skrb v nosečnosti zoži samo na substancno (kaj, koliko jemlje), kar pomeni, da se poveča odgovornost matere za zdravje ploda in zdravo nosečnost.

Intervjuvanke niso poročale o tem, da bi se same ukvarjale s kaznivimi dejanji, ampak so se s kriminalom pogosteje ukvarjali predvsem partnerji, kar pomeni, da je bila tudi zanje droga bolj dostopna, hkrati pa so bile izpostavljene drugim tveganim situacijam, povezanim s kriminalom (zaporna kazen partnerja, stres zaradi groženj, strah pred aretacijo, dilanje in scena v stanovanju) (*»On je, ko sem bila noseča ves čas dilal, tako da je bila droga ves čas na razpolago«*) (AVP PS 2).

Tretjina jih je bila že v nosečnosti okužena s hepatitisom C, zato jih je bilo strah, da bi se okužil tudi otrok, čeprav je verjetnost prenosa okužbe z matere na otroka majhna (*»To ni bila*

načrtovana nosečnost, pa še takrat ko sem izvedela, da sem noseča, sem izvedela, da imam hepatitis C in to me je zamorilo. Se mi zdi, da tistih 9 mesecev, še nikoli nisem toliko molila, kot tistih devet mesecev.» (RNP SS 5). Med vsemi otroki intervjuvank se je okužil samo en.

5.5 Strah pred posledicami pri otroku

Intervjuvanke so se med nosečnostjo soočale tudi s strahom pred porodom in porodno bolečino ter pred NAS in posledicami, ki bi jih lahko imel otrok (*»Me je bilo strah poroda, kako bo z otrokom, kaj bo, krize, kako bo otrokom, kakšen bo otrok, da bo vse redu z otrokom, kako bo krizo prenesel, kako bom jaz rojevala, poroda me je bilo strah.»*) (RVP SS 11).

Zavedale so se, kakšno bolečino povzroča abstinenčna kriza, saj je z njo že večina imela izkušnjo. Prav tako jih je bilo strah, da bi se otrok rodil z anomalijami, ki bi jih lahko povzročile substance, ki so jih uživale med nosečnostjo (*»To me je bilo strah, da bo imel abstinenčno krizo, pa da ne bi bil prizadet od teh drog, da ne bi kej bilo od zdravil.»*) (RNP SS 39). Tiste, ki niso skrivale uživanja drog in so nosečnost dovolj zgodaj prepoznale, so večkrat hodile na ultrazvok, preiskave ter genetske posvetovalnice, da so se prepričale, ali je z otrokom vse v redu (*»Potem me je bilo strah, da bo kaj narobe z otrokom. Potem ko sem šla na prvi ultrazvok, so rekli, da bo vse v redu. Ampak to meni ni dalo miru in potem sem skoz hodila.»*) (RNP SS 33).

Že v nosečnosti so čutile krivdo in odgovornost, ker so se kljub vsemu odločile imeti otroka, kajti, če ženske ne čutijo »navazanosti na otroka«, potem sledijo občutki krivde, negotovosti in strah, ali bodo lahko sploh matere.

5.6 Strategije prikrivanja uporabe drog med nosečnostjo

Uporabnice drog med nosečnostjo pogosto odvisnost prikrivajo pred strokovnimi službami, sorodniki in tudi pred partnerji, ker želijo ostati nevidne v družbi in sistemu pomoči, saj vidnost in prepoznavnost lahko potencialno pomeni odvzem otroka oziroma da bodo spoznane kot ne dovolj dobre matere. Nekaterim respondentkam v raziskavi je vso nosečnost uspelo prikrivati svoje težave z odvisnostjo. Tiste, pri katerih do prepoznali odvisnost, pa niso dale pravih informacij o tem, v kakšnih količinah jemljejo substance. Podoba matere uporabnice drog, ki neposredno škoduje svojemu otroku, je dvojno problematična. Identiteta

»džankija« je povezana z umazanijo in kriminalnostjo, egoizmom, kjer je v ospredju zadovoljitev lastnih potreb, to pa je daleč od idealov materinstva. Javnost postane pozorna na materino telo, kjer se ji določi osebna odgovornost, zdravje otroka pa postane prioriteta, kjer je nadzor institucij opravičen (Radcliffe, 2011). Zaradi tega diskurza o nosečnosti je materinstvo pri uporabnicah drog stigmatizirano, zato so intervjuvanke razvile številne strategije, da bi ostale nevidne v družbi in upravičile nosečnost, saj odstopajo od svoje predvidene vloge.

Respondentke so uporabljale različne strategije prikrivanja:

Prikrivanje informacij pri ginekologu

Večina intervjuvank je ob sprejetju oziroma ob prepoznavi nosečnosti začela redno hoditi na ginekološke preglede, samo ena uporabnica ginekologa ni nikoli obiskala in ena samo enkrat. Vendar so nanje začele hoditi kasneje, saj so tudi nosečnost prepoznale pozno. Predvsem respondentke, ki so med nosečnostjo uživale prepovedane droge oziroma niso bile vključene v nadomestno vzdrževalno terapijo, so pred ginekološkimi službami prekrivale težave z odvisnostjo. To je bila strategija, kako čim bolj ostati neopazen v sistemu pomoči (Murphy in Rosenbaum, 1999;f Roberts in Nuru-Jeter, 2010; Roberts in Pies, 2010). Nekatere so tako hodile na preglede »pod krinko«. Razlogi, zakaj o tem niso spregovorile, so bili predvsem strah, da jih bodo prepoznali kot uživalke, strah pred odvzemom otroka in strah pred obsojanjem. Zaradi prikrivanja so informacije pridobivale na različne načine:

- ***iskanje informacij »po ovinkih«:*** (*»Ginekologu sem hodila je bilo vse normalno, pritisk je bil normalen, z otrokom je bilo vse normalno. Jaz sem se mu bala povedati. Jaz bi mu povedala. In sem rekla, da je on jemal neke tablete, ko sem zanosila in če je možno, tako po ovinkih, ker sem se bala, da mi bodo pobrali otroka in kaj vse. Jaz sem se bala tega, nisem vedela, kako gredo te stvari.«*) (AVP PS 2);
- ***iskanje informacij po spletnih forumih:*** (*»V nosečnosti sem bila sama s tem. Sem imela informacije, sem gledala na internet, sem brala te forume, to je tako odvisno od otrok, sem se vsa prestrašila.«*) (AVP PS 4);
- ***prikrivanje količine, vrste droge:*** Predvsem so skrivale, da poleg nadomestne vzdrževalne terapije uživajo tudi druge substance oziroma da jih uživajo več, kot jih imajo predpisanih (*»Tako j sem potem nehala s heroinom, sem šla takoj na metadon, Dormicume pa sem po dva vedno zvečer vzela. To sem jaz na svojo lastno pest jemala, zdravniku nisem povedala za Dormicume.«*)(RNP SS 33);

- **nezainteresiranost ginekologov za uporabnico:** (*»Ginekologinji sem povedala, da jemljem Sanval, je rekla, da pač ni zaželeno in nič drugega. Za heroin nisem povedala, za heroin občasno ampak za MTD in Sanvale je vedela, za drugo me ni vprašala.«*) (AVP PS 2);
- **iskanje informacij pri drugih nosečih uporabnicah drog:** (*»Takrat nas je bilo nekaj nosečih, tudi ena moja najboljša prijateljica, tudi takrat, ko smo se pogovarjale, ona je skozi govorila, da ne smem povedati, da sem na MTD. Ne moreš bit taka, ne veš kaj se bo zgodilo, ko se rodi otrok. Meni se je zdelo, zdaj če sem že dovolila bit noseča na MTD, se mi je zdelo vsaj to pošteno, da povem zdravnikom.«*) (AVP SS 18).

S prikrivanjem odvisnosti ginekologu in drugemu strokovnemu osebju se lahko izognejo obsojanju, svetovanju, da naj se odločijo za splav, obravnavanju svoje nosečnosti kot »patološke« ter večjemu nadzoru institucij.

Večina tistih, ki so bile vključene v nadomestno vzdrževalno terapijo, torej v sistem pomoči, strokovnemu osebju ni prikrivalo odvisnosti. Pomembno jim je bilo tudi, da jih je ginekolog poznal oziroma je imel že prej informacije o njihovi odvisnosti. Nosečnice so bile zaradi tega razbremenjene, zato so tudi lažje govorile o njej (*»Ginekolog vse ve, kaj se z mano dogaja, ker me pozna že zelo dolgo iz najstniških let.«*) (AVP PS 35). Boljši odnos so vzpostavile tudi s tistimi ginekologi, ki so že prej imeli izkušnje z nosečimi odvisnicami (*»Hodila sem k ginekologinji, ki se ukvarja prav z nosečnicami, ki imajo težave z odvisnostjo.«*) (AVP R 22), kar je še dodaten dejavnik, ki vpliva na stopnjo zaupanja in sprejemanja. Intervjuvanka, ki so jo strokovni delavci poznali in so imeli izkušnje z nosečnicami, odvisnimi od prepovedanih drog, je povedala, da je bil njihov odnos spoštljiv in ne obsojajoč (*»Nikoli nisem občutila odnosa strokovnega osebja do mene negativno, imeli smo zelo dobre odnose, nikoli obsojajoče.«*) (RNP PS 26). Nekatere pa je motilo to, da jim nekateri ginekologi niso dali informacij, kako droga vpliva na otroka, ter o drugih posledicah (*»Jaz sem takoj povedala ginekologinji, kakšne težave imam, je tudi v kartonu pisalo, kaj imam predpisano metadon. Med nosečnostjo nisem dobila nobenih informacij, kako droga vpliva na otroka.«*) (NP PS 31).

Prav znanje, izkušnost in neobsojajoč odnos pomembno vplivajo na vzpostavljanje dobrega odnosa in zaupanja med ginekologom in nosečnico (*»Vse informacije v zvezi z metadonom, koliko ga moram jemati, kako vpliva lahko droga na dojenčka, mi je dal psihiater v metadonskem centru.«*) (AVP SS 16).

Samoregulacija

Med nosečnostjo so večinoma prejemale nadomestno vzdrževalno terapijo, tiste, ki pa so želele ostati neprepoznane v sistemu, so si terapijo ali drogo kupovale ali dokupovale na črnem trgu in si jo same regulirale, čeprav tako lahko tvegajo, da dobijo substitucijo s primesmi, vzamejo preveliko ali premajhno količino. Na črnem trgu so si nadomestno terapijo kupovale, ker niso hotele biti registrirane, ali pa so se izogibale sceni, ker si tega niso mogle privoščiti zaradi službe, partnerjev in bližnje okolice, saj za njeno odvisnost niso vedeli. Ena od intervjuvank si je vso nosečnost na črnem trgu kupovala metadon ali karkoli, kar v tistem trenutku dobila od dilerja, in si sama regulirala jemanje (*»Poleg metadona sem jemala heroin, če metadona nisem dobila. Občasno je bil tudi kokain ampak to je bilo kdaj pa kdaj.«*) (AVP R 14). Zaradi tega je med nosečnost večkrat imela tudi abstinenco krizo, kar pa je vplivalo na prezgodnji porod (*»Takrat sva s partnerjem kupovala MTD. In sem dozirala tako, da sva vzela 100 mg in sem jaz recimo malo tistega spila, in sem potem videla, koliko časa tisto mene drži. Jaz sem vse to po svoje jemala. Jaz sem malo krizirala, malo jemala, zato je bil tudi sin malo prezgodaj rojen.«*) (AVP R 14). Nekatere so si dodatno kupovale metadon, tudi če so bile registrirane na CPZOPD, saj si strokovnemu osebju niso upale povedati, koliko ga dejansko potrebujejo.

Tiste respondentke, ki so jemanje drog prikrivale pred strokovnimi službami, tudi niso imele informacij o tem, kako lahko z neko substanco ali nenadno prekinitvijo vplivajo na nosečnost. Ena od njih se je hotela sčistiti do tretjega meseca nosečnosti, ker je mislila, da je to obdobje nosečnosti bolj pomembno za razvoj ploda (*»Jaz če se prav spomnim sem začela s Suboxonom ... in sem jih začela nižati. Vse na svojo roko. Sem rekla hitro dokler, bodo tri meseci, da začne že bolj razvoj in to. In pri meni ni nobeden ni vedel, ker nisem hodila na MTD, nobeden ni vedel, nobeden.«*) (AVP PS 2). Uporabnice so prepričane, da je to za nosečnost najboljše, vendar prav zaradi nenadne prekinitve lahko pride do spontanega splava ali prezgodnjega poroda (*»Enkrat sem zanosila, pa sem imela potem spontani splav, ker sem šla sama dol iz metadona, potem pa depresija pa vse, pa sem imela potem spontani splav.«*) (AVP SS 18).

5.7 Zmanjševanje tveganj v nosečnosti

Noseče telo je podrejeno merjenju, spremljanju in nenehnemu preračunavanju med tveganji, ki jih predstavlja strokovno znanje, pri čemer njihovo neupoštevanje pomeni lastno odgovornost za življenje in zdravje nerojenega otroka. Ta proces Foucault (1991) imenuje depersonalizacija, kjer je urejanje telesa bolj pomembno kot materina izkušnja nosečnosti. Po drugi strani upiranje tem strategijam urejanja pomeni zanemarjanje sebe, svojega zdravja in dobrega počutja matere in otroka. Zavračanje sodelovanja se razume kot lasten neuspeh v skrbi zase, kot oblika iracionalnosti oziroma nezadostne spretnosti posameznika (Flavin in Paltrow, 2013). V tem smislu nosečnice izvajajo prostovoljno samoregulacijo, da bi imele »popolnega otroka«. To vključuje spremljanje in ponotranjenje ciljev institucionalnega upravljanja. Ker pa se izgradnja sebstva nikoli ne konča, se nikoli ne konča niti projekt preprečevanja tveganja kot tehnologija »jaza«, saj zahteva večno previdnost (Lupton, 2013).

Čeprav je odvisnost od drog prisotna v družbenem diskurzu kot neodgovorno, sebično dejanje, pa so v večini intervjuvanke v nosečnosti drastično zmanjšale uporabo drog, ker jim je bilo pomembno zdravje otroka, poskušale so narediti vse, kar so zmogle, da bi bilo za plod čim bolj poskrbljeno. Dobro so se zavedale svoje odgovornosti, ki jo imajo do ploda in jim jo je naložila družba, in pri tem se nič ne razlikujejo od drugih mater in nosečnic. Sociološke raziskave so pokazale, da se matere visoko zavedajo svoje odgovornosti do otroka, saj ga strogo opazujejo (spremembe v vedenju, bolezenske znake) (Lupton, 2013). Če se matere v nosečnosti ne držijo vseh nasvetov, norm in pravil, čeprav imajo lahko za to ustrezne razloge, so predstavljene kot neodgovorne, slabe matere (Weir, 2006; Holdsworth in Robinson, 2008; Keenan in Stapleton, 2010; McNaughton, 2011). Matere se močno zavedajo morebitnih tveganj za plod in so v skladu s tem pripravljene spremeniti svoje vedenje po nasvetih strokovnjakov in javnosti. Okrog nosečnosti se je razvil dominantni diskurz o ženskah, ki v nosečnosti ščitijo zdravje svojega ploda. Zaradi velikega števila nasvetov in forumov se je pri ženskah razvil reproduktivni asketizem, kar pomeni strogo nadzirati in spremljati svoje telo zaradi ploda (Lupton, 1999; Kukla, 2010; Lee in Motzkau, 2011). Longhurst (2008) pa ugotavlja, da se tiste matere, ki ne izpolnjujejo tega, kar se pričakuje od idealnih nosečnic, pogosteje umaknejo iz javnosti. To lahko potrdimo tudi v naši raziskavi, saj so se tiste nosečnice, ki so uživale drogo, predvsem v večjih količinah, tudi bolj izogibale sistemu pomoči.

Zmanjšanje uživanja drog in drugih substanc oziroma vključitev v nadomestno vzdrževalno terapijo

Materinstvo je lahko za mnoge ženske, odvisne od prepovedanih drog, edina vloga v njihovem življenju, ki jo njihova okolica spoštuje in ceni, prav tako je močna motivacija za zmanjšanje uporabe drog ali za prenehanje uživanja. V eni od raziskav so ugotovili, da si je 60 % intervjuvanih žensk v nosečnosti prenehalo injicirati drogo, kot glavni razlog so navajale nosečnost in skrb za otroka (Mactier, 2013).

Nosečnost je torej obdobje, v katerem ženska začne bolj nadzirati svoje življenje in bolj skrbeti zase in za svojega otroka. Seveda je precej žensk, ki jim uspe vzpostaviti abstinenco, nekatere to zmorejo le med nosečnostjo, skoraj vse pa v tem času vsaj občutno zmanjšajo jemanje drog (Klee, 2002). V naši raziskavi je več kot polovica intervjuvank ob zanositvi sicer aktivno uživalo drogo. Šest intervjuvank ob prvi nosečnosti še ni imelo težav z odvisnostjo od drog oziroma so imele dlje časa trajajočo abstinenco in so kasneje po rojstvu otroka razvile odvisnost oziroma recidivirale. Večina tistih, ki je na začetku nosečnosti uživala drogo, se je ob ugotovljeni nosečnosti vključila na nadomestno vzdrževalno terapijo, ki se po strokovnih smernicah priporoča kot najbolj primerna za zdravje ploda in nosečnice (*»Tako, ko sem izvedela za nosečnost, sem šla k zdravniku in mi je predpisal metadon.«*). Kot pravi Ettore (2010), gre za preokupacijo z izidi za fetus, zato pogosto v sistem pomoči vstopijo šele, ko so noseče. Tudi naše respondente so se vključile na CPZOPD predvsem zaradi prejemanja nadomestne vzdrževalne terapije, saj so hotele zaščititi otroka, tudi če so s tem tvegale, da bodo prepoznane kot uporabnice drog. Samo ena od intervjuvank je vzpostavila abstinenco od vseh PAS pred nosečnostjo, ker je želela pri otroku preprečiti posledice zaradi substanc (*»Preden sem zanosila sem nehala z MTD, zato ker sem hotela imeti zdravo nosečnost. Ker sem se bala, da bi bilo kaj narobe in si nikoli v življenju tega ne bi odpustila.«*) (AVP PS 20).

Tudi načrtovano nosečnost so intervjuvane uporabnice navajale kot varovalni dejavnik, da bi se lahko bolje pripravile na nosečnost in pred začetkom nosečnosti zanositvijo dosegle detoksikacijo, zmanjšanje terapije ali popolno abstinenco (*»Da bi kej manjkala, bi pa svetovala, da se ženske ne odločijo za nosečnost dokler ne rešijo odvisnosti, ker ne vem na koncu ima ženska več problemov in otrok si ne zasluži tega.«*) (AVP SS 29).

Upoštevanje strokovnih nasvetov

Nekatere respondentke, ki so se vključile v program pomoči, so z osebjem odkrito spregovorile o odvisnosti. Z odkritostjo so tudi želele dokazati, da so dobre matere in da jim je otrok pomemben, čeprav so tvegale, da jih bodo začele institucije bolj nadzirati. Vendar so od strokovnega osebja dobile premalo informacij in nasvetov o tem, kako droga vpliva na otroka (*»Na metadonski se mi je zamerilo do konca. Z njim se ne moreš pogovarjati. Tam sem prišla, sem povedala, da sem odvisna od tega, mi je dal terapijo, ni dal nobenih nasvetov.«*) (RNP PS 13)/(*»Oni sploh niso vedeli, da jaz Dormicume jemljem. Enkrat potem, ko sem bila v bolnici, ko sem vzela, sem povedala. Potem mi zdravnica ni nič rekla, da bi me kaj podučila ali kaj.«*) (RNP SS 31). Tudi ginekolog ali zdravnik jih ni usmeril v nobene druge programe pomoči. Uporabnice tudi niso imele informacij o tem, kam se lahko obrnejo po pomoč. Samo ena intervjuvanka, ki je izvedela za nosečnost na oddelku za detoksikacijo, je bila do poroda hospitalizirana.

Tiste intervjuvanke, ki so bile vključene v zdravljenje, so navajale, da so od strokovnega osebja pričakovale več spodbude in motivacije za spremembo, zato bi bilo smiselno več energije in truda vlagati v to, da bi strokovni delavci bolj aktivno usmerjali noseče uporabnice v iskanje pomoči. Opozorile so, da je v programih, kamor redno prihajajo (CPZOPD, nizkopražni programi), premalo pogovora in posluha, kar posledično pripelje do tega, da ima uporabnica manj zaupanja, zato tudi težko spregovori o tem, kaj jemlje, o strahovih in o drugih težavah, s katerimi se srečuje med nosečnostjo (*»Premalo je pogovorov in seznanjanja s tem, kako droga vpliva na otroka, jaz nisem imela nobenih informacij. Da bi te seznanili in se poskušali pogovarjati.«*)(RNP PS 32).

Eno od respondentk pa je zmotilo, da ji je strokovno osebje metadon predstavilo kot edino izbiro, če želi obdržati otroka (*»Pred nosečnostjo sem bila še na heroinu, ko sem izvedela, da sem noseča, sem vedela takoj prvi mesec. Sem šla do zdravnika, sem ga vprašala kaj se da narediti in če bi mi takrat, kako drugače pomagal, po moje še danes ne bi bila na MTD. On mi je takrat rekel, nič na MTD boste šla, da bi mi dal kakšno tridnevno terapijo. Ali kaj takega. Saj ne vem. Ker nisem hotela izgubit otroka, sem se takrat sama odločila za MTD.«*) (RNP PS 24).

Strokovno osebje velikokrat tudi ne prepozna nosečnice, ki uporablja substance, predvsem zaradi pomanjkanja veščin, sramu in zanikanja uporabnice, zaradi osebnih prepričanj glede uporabe drog, lastne negotovosti in pomanjkanja izkušenj, kaj narediti, če bo odgovor pozitiven (Kennedy, Finkelstein, Hutchins in Mohny, 2004). Osebje na vseh ravneh pomoči bi

moralo znati razložiti nosečnici, kako substance vplivajo na nosečnost, ter o vseh drugih pomembnih področjih, ki vplivajo na počutje matere in otroka. Pri tem morajo uporabljati neobsojajoč in spodbuden pristop. Prav tako bi morali informacije predstaviti na način, da bi jih nosečnica razumela. Tudi v intervjujih so tako strokovni delavci kot intervjuvanke poudarjali pomen izobraževanja o poteku nosečnosti, načrtovanju nosečnosti, o abstinenčni krizi otroka in možnih posledicah jemanja drog in druge terapije ter o doživljanju in sprejemanju nosečnosti. Ena od intervjuvank je izjavila, da prav informacije lahko pripomorejo k zmanjšanju strahu pred tem, kakšne posledice bo imel otrok (*»Naj si informacije naberejo, o posledicah in NAS, če jih bo imel po porodu, če bo imel otrok krizo, kako naj, naj se ne prestrašijo.«*) (RNP SS). Prav tako bi morali biti strokovni delavci pozorni na druga pomembna področja, ki lahko vplivajo na nosečnost in doživljanje matere (družinsko nasilje, duševno zdravje, občutki krivde).

Odmik od odvisniške družbe

Nekatere so se v nosečnosti odpovedale tudi stikom z odvisniško družbo v korist nerojenega otroka ter se na tak način zaščitile pred tveganimi situacijami. Sklepamo pa lahko, da so imele že v nosečnosti slabo socialno mrežo in malo stikov tako z odvisniško družbo kot tudi s tistimi, ki niso uživalci drog. Stik je največkrat vezan samo na partnerja, ki je ponavadi tudi tisti, ki ženski prinaša drogo (*»Ko sem bila noseča, sem se zelo pazila, nisem več hodila na sceno in take kraje.«*) (RNP SS 27). Ena je celo prekinila partnersko zvezo, ker je med njeno nosečnostjo partner užival večjo količino drog. S tem ko se uporabnice odmaknejo od scene, prijateljev, pa lahko tvegajo socialno izolacijo in osamljenost, še posebno če jih družina ne podpira. Po mnenju Flakerja (2002, str. 45) je slaba socialna mreža odvisnikov povezana predvsem z aktivno stigmatizacijo, ki je še posebno značilna za ženske, odvisne od prepovedanih drog, pri katerih lahko govorimo o večkratni stigmi. »S tem se ustvarja geto, ki je geto uživalcev, deloma pa osebni geto, kajti ko postane heroin prioriteta, zaupanje in zanesljivost nista več temelj prijateljstva. Z uživanjem heroina prijatelje izgubiš, ker jih ne potrebuješ, kajti uživanje je samo na začetku kolektivni proces.« (Flaker, 2002, str. 46)

Prenatalna diagnostika in več ginekoloških pregledov

Ultrazvočni pregledi in prenatalna diagnostika so še en znak skrbi za nerojenega otroka, zato so tudi nekatere naše respondentke želele ob prepoznavi nosečnosti več hoditi na preglede in ves čas preverjati, ali je z otrokom vse v redu (*»Sem hotela to vse preverit pri ginekologu, pa je bilo to že prepozno za razne preglede. Sem bila že v četrtem mesecu, ko sem izvedela da*

sem noseča.» (RNP 40) / («Potem sem šla nekam, kjer ti povejo koliko so tableti škodljivi in je v bistvu me je presenetilo, da je bil šele Substitol najmanj škodljiv od vsega za razvijanje ploda. Potem sem nehala pit tablete, sem ostala samo še na 400 mg Substitiola in 2 mg Apaurina.» (RNP PS 3). Kot pravi Lupton (2013), če se ženska uporabnica drog prepusti nadzoru, nasvetom, ginekološkimi pregledom, potem pri drugih velja, da bo dobra mati.

5.8 Porod in rojstvo kot dogodka razkritja

Tako kot nosečnost je tudi porod medikaliziran in predstavljen kot »visoko tvegan dogodek«, še posebno če gre za uporabnice drog. Čeprav naj bi medikalizacija nosečnosti in poroda prispevala k boljšemu zdravju matere in otroka, je bil porod za nekatere naše respondentke povezan z obsojanjem in stigmo. V porodnišnici so bile označene kot patološke porodnice, ki se že v nosečnosti niso držale ustaljenih moralnih okvirov in niso dovolj dobro poskrbele za zdravo nosečnost, se držale nasvetov strokovnega osebja in s tem kršile kode ustreznega materinstva. Drglin (2007, str. 100) trdi, da v porodni oskrbi v njej delujoči strokovnjaki žensko pogosto opredeljujejo s stališča lastne nereflektirane dominantne medicinske vednosti in jo ocenjujejo s stopnjo njene komfortnosti. Upabnice, ki delujejo s sistemom, so spoznane kot manj problematične, medtem ko so tiste, ki ne sledijo v celoti navodilom in postopkom ob porodu in v poporodnem obdobju, ožigosane kot težavne »problematične pacientke«. Drglin (2007) prav tako ugotavlja, da je značilnost sodobnega materinstva vpetost v različne diskurze in prakse, med njimi pa so prav medicinski še posebej določujoči. Specifične podobe materinstva so bolj zaželeni kot druge in služijo kot močan regulatorni ideal, vplivajo na življenje vseh žensk, ne samo tistih, ki so matere.

Nadzor nad rojevanjem postaja pomembna vloga medicine. Z razvojem sodobne tehnologije in novimi medicinskimi posegi se želi doseči varen in manj boleč porod, s ciljem, da se zdravi materi rodi zdrav otrok. Pri tem se postavlja vprašanje o meji uporabe sredstev za doseg tega cilja in možnosti nadzora porodnice nad lastnim telesom (Drglin, 2003). V procesu medikalizacije je vlogo protagonista, ki jo je prej imela mati, nadomestil novorojenec. Ta preobrat v odnosu do poroda s fiziološkega naravnega pojava k potencialni patologiji nakazuje na teoretično konceptualizacijo medikalizacije (Hall in Teijlingen, 2006). Morris in Parry (2006) navajata, da je porodnica s prihodom v porodnišnico pod stalnim nadzorom na treh različnih ravneh: 1. klinični, na kateri se zagotavlja ustrezen in zadovoljiv potek poroda, 2. organizacijski, kjer je njeno gibanje omejeno na porodno sobo in prostor, v katerem se

zagotavlja njena neopaznost, 3. strokovni, kar je povezano s podrejanjem navodilom ali nasvetom zdravstvenega osebja. Tako si žensko telo prisvojijo drugi, ženske so izolirane od svojih izkušenj, ignorirane skozi konstrukt znanja, ki v tem okolju obdaja nosečnost in porod. Ženske so postale inkubatorji za svoje nerojene otroke, kjer jih lahko drugi opazujejo in regulirajo. Porod je tako opredeljen kot tveganje in potencialno patološko stanje. Posegi z biomedicinsko tehnologijo povečujejo vlogo matere kot bolnice in zmanjšujejo občutek nadzora nad lastnim telesom.

Porod je bil za večino intervjuvank stresen dogodek, ker so se soočile s posledicami tega, da je bil otrok v maternici izpostavljen substancam, hkrati pa z družbenim nadzorom, saj s porodom največkrat uživanje drog postane javno, tudi pri tistih, ki jim je še med nosečnostjo uspelo to prikriti. Njihov problem z drogo se največkrat razkrije z abstinenco krizo pri otroku oziroma z neonatalnim abstinencijskim sindromom. Čeprav je večina udeleženk vložila trud v to, da bi v nosečnosti zmanjšale škodo in uporabljale čim manj rizičnih vedenj, do poroda dejansko ne vedo, kakšne bodo posledice pri otroku (*»Sem tako molila. Nikoli nisem molila, takrat sem molila, da bi bilo vse normalno in sem verjela, da moja bo in bo normalno. Sem se veliko pogovarjala z njo, zdrži, zdrži. Opravičevala sem se, ker sem se čutila tako, namesto, da bi skrbela za otroka, sem tukaj na foliji, zelo sem se žrla za otroka.«*) (AVP PS 2). Nekatere so takoj ob porodu povedale za svoje težave, saj so želele, da se novorojenčku takoj ponudi pomoč, pri nekaterih pa so bili strokovni delavci tisti, ki so diagnosticirali NAS. Porod je torej prelomni dogodek, ko pride do ugotavljanja, kakšne so posledice uživanja substanc med nosečnostjo, ter preverjanja ustreznosti materinstva (*»Jaz sem takoj povedala, da imam hepatitis in da sem odvisna, v porodni sobi.«*) (AVP SS 34).

Carski rez

Carski rez naj bi bil bolj pogost pri uporabnicah prepovedanih drog, čeprav strokovna delavka iz ene od slovenskih porodnišnic ne ugotavlja, da bi bil statistično bolj pogost kot pri porodnicah, ki nimajo težav z odvisnostjo. Nekatere druge raziskave pa kažejo drugače (Finnegan, 2000; EMCDDA, 2014). To lahko povežemo tudi s tem, da se strokovno osebje večkrat odloči za carski rez, če že imajo informacijo o tem, da je porodnica uporabnica drog oziroma »težavna pacientka«, zato med porodom ne želijo komplikacij (*»Sem imela popadke, mene je začelo nekaj v križu boleti, pa je rekla ginekologinja, vi ste že dva centimetra odprti. Potem pa so me okoli obračali, kako me je vse bolelo in sem kričala, jaz hočem imet carski rez in so mi ga takoj naredili.«*) (RNP SS 33).

Tega sicer v naši raziskavi ne moremo potrditi, vendar lahko sklepamo, da pri respondentkah v večini primerov osebje ni imelo informacij o uživanju drog med nosečnostjo, zato so tudi manj pogosteje rodile s carskim rezom. 37,5 % intervjuvank je rodilo s carskim rezom, 62,5 % intervjuvank pa je imelo naravni porod. Tiste, ki so rodile po naravni poti, so navajale, da so težje prenašale porodno bolečino (*»Oba poroda sem prepozno prišla in nisem dobila nič. Niti plina nič, toliko sem bila že odprta, da sem šla takoj rodit. Ful težka poroda sta bila oba, jaz sem mislila, da bom umrla, hudo je, res. Pri sinu sem še mislila, da ne bo zdržala, ker se je glavica zataknila. In je ven prišel čist moder in so ga takoj odpeljali na intenzivno.«*) (AVP PS 35).

Prenašanje bolečine

Eden od razlogov za carski rez je tudi nesodelovanje med porodom, ki je povezan s strahom pred porodno bolečino (*»Strah me je bilo poroda, nenormalno strah, tako da se nisem nič odprla, in je bilo pol po 14 dneh po roku, so mi dali carski rez. Strah me je bilo bolečine, da je bilo konec. Jaz sem bila en mesec prej noter, videla nešteto žensk, ki so rodile, mene je bilo toliko strahu, tako da nisem imela nobenih popadkov, me je neke noči neki zbolelo, ampak sem se kar na drugo stran obrnila in spala naprej. Pol sem imela carski rez.«*) (AVP SS 30).

Ena od respondentk je tudi pred porodom razmišljala, da bi vzela tablete, da bi si olajšala porodno bolečino, vendar se je potem premislila (*»Sem bila čist izmozgana in to je noro bolel. Jaz sem tud pomislila, da bi se pred porodom, da bi se najedla kakšnih tablet, pa šla tja. Nisem hotela, ker nisem vedela kako bo. Pol nisem in sem jih tam mogla prosit ene tri ure, da so mi dali nekaj. Sem bila zadeta, ampak bolelo pa je še naprej.«*) (RNP PS 3). Porod je torej »nadzorna točka«, na kateri ženska ostane brez nadzora, ki ga ima v rokah strokovno osebje in določa potek poroda. Kot pravi Štular (1999, str. 64), ženska, »privezana« na porodno posteljo, predstavlja ideal ženskosti, je nepopolna, ranljiva in poslušna.

5.9 Posledice uživanja drog pri novorojenčku

Nekatere raziskave kažejo, da je pri ženskah, ki v nosečnosti uporabljajo prepovedane droge, šestkrat povečana možnost zapletov, kot so nizka porodna teža, preeklampsija, krvavitve v tretjem trimesečju, poporodni zapleti, fetalni distress in aspiracija mekonija (EMCDDA, 2014). Učinek droge naj ne bi omejen le na čas nosečnosti, temveč je bolj dolgoročen. Več kot 75 % otrok, ki so bili v maternici izpostavljeni drogam, ima več zdravstvenih težav v primerjavi s

splošno populacijo. Pogostejša kot pri večinski populaciji (6 %) je nedonošenost (17 %). Pogostejši so zahiranost, fetalni distress in smrt ploda v maternici (Finnegan in Ehrlich, 1992).

Na drugi strani pa je veliko raziskav o dolgoročnih posledicah droge za otroka kontradiktornih in imajo omejitve. Nekatere študije so pokazale, da so otroci, katerih matere so bile odvisne od prepovedanih drog, imeli več vedenjskih in učnih težav, druge raziskave s kontrolno skupino pa so pokazale, da je bilo to povezano tudi z življenjskimi razmerami in drugimi zdravstvenimi težavami. Edini vpliv, za katerega lahko z gotovostjo trdimo, da je posledica zlorabe drog, je NAS (Jones in drugi, 2011).

Prezgodnji porod in nižja porodna teža

Ena pogostih posledic uživanja substanc med nosečnostjo sta prezgodnji porod in nižja porodna teža. V naši raziskavi je samo 5 intervjuvank imela prezgodnji porod, povprečno so rodile dva tedna prezgodaj, tako da novorojenčki niso potrebovali inkubatorja. Največkrat je bil razlog za prezgodnji porod zastoj rasti ploda, ki ga lahko tudi povezujemo z uživanjem substanc in slabšo prenatalno skrbjo. Ena od respondentk pa ga je povezala s samoreguliranjem substanc (*»Zaradi tega, ker na koncu me je bilo res strah, da ne bom prišla navlečena na porod in sem se hotela na hitro sčistiti, tako da v bistvu, tako da se je zaradi tega prezgodaj rodil. V bistvu tri tedne prezgodaj, saj ni toliko, 2,5 kil je imel, ampak sedaj je jedec, hvala bogu.«*) (AVP R 14).

Nekatere raziskave kažejo, da naj bi bilo uživanje THC med nosečnostjo močno povezano s prezgodnjim porodom (Klee, 2002). Intervjuvanke so sicer poročale o uživanju THC med nosečnostjo, vendar ne v večjih količinah (*»samo kakšen joint«*), tako da iz teh podatkov ne moremo sklepati, da bi imela marihuana v naši raziskavi kakšno povezavo s prezgodnjim porodom.

Neonatalni abstinenčni sindrom

Zaradi kumulativnega učinka drog se ob porodu pojavi NAS, ki nastane zaradi prekinitve dotoka psihoaktivnih substanc (v nadaljevanju PAS), ki jim je bil otrok izpostavljen v maternici (Kumpfer, 2001). Klinični znaki NAS²⁰ od opioidov se pojavijo pri 48–90 %

²⁰ V študiji Jonesa in sodelavcev (2011) so ugotavljali, da 79 % novorojenčkov, katerih matere so v nosečnosti prejemale buprenorfin, ni potrebovalo zdravljenja, v primerjavi z 32 % tistih, ki so dobivale metadon, in 18 % tistih, ki so prejemale SR morfin. Pojavi se pri 28 % novorojenčkov mater, ki so prejemale nizke odmerke metadona (5–30 mg), pri 43 % tistih, ki so prejemale odmerke med 31 in 50 mg, ter 71 % pri odmerkih, višjih od 50 mg.

novorojenčkov (Mayet in drugi, 2008). Znaki so odvisni tudi od količine uživanja PAS, njihove vrste, faze odvisnosti pri materi, od časa, v katerem je vzela PAS pred porodom, ter metaboličnih faktorjev pri plodu. Običajno se NAS pojavi v 24–72 urah po porodu, lahko pa tudi po 7–10 dneh po porodu ali še kasneje (EMCDDA, 2012). Novorojenčki, ki imajo diagnosticiran NAS, imajo naslednje znake: tremor, značilen jok, hiperaktivnost, pomanjkanje spanja, motnje spanja in sesanja, kolcanje, kihanje, znojenje, hitrejše dihanje, manjša sposobnost prilagajanja okolju. Prisotni znaki pa so posledica prevelike vzdraženosti centralnega živčevja, motenega delovanja dihal in prebavil ter neravnovesja vegetativnega živčevja. 40 % novorojenčkov ne potrebuje posebnega zdravljenja, saj so simptomi mili ali jih ni. Vendar pa posamezne študije navajajo, da izraženost NAS ni odvisna ne od vrste in ne od odmerka substitucijskega zdravila.

Nosečnice, ki so odvisne od prepovedanih drog, morajo biti pripravljene, da bo njihov otrok morda razvil NAS. Priprava jim omogoča, da izrazijo svoje strahove, ter jih spodbudi, da vstopijo v zdravljenje. Po porodu naj bi ostale vsaj nekaj dni v porodnišnici, da se opazuje, ali se bo pri novorojenčku razvil NAS. NAS ocenijo po točkovniku za abstinenčni sindrom. Za ocenjevanje najpogosteje uporabljajo Finneganovo lestvico²¹. Matere se ob abstinenčni krizi otroka srečajo predvsem z občutki krivde, sramu, ker so uživale drogo in ker vidijo, da otrok trpi, zato je pomembno, da se v tem obdobju materi daje opora predvsem za ublažitev slabih občutkov. Tudi po odpustu iz porodnišnice je treba materi in otroku zagotoviti podporo in pogostejše obiske patronažne sestre ter druge vire pomoči. Starše je treba tudi poučiti o tem, kako ravnati z otrokom, ki je razvil NAS.

V naši raziskavi je bilo 31 otrok diagnosticiranih z NAS. Večina novorojenčkov ob porodu ni imelo drugih težav. En novorojenček se je rodil s shizo, ki naj bi bila bolj pogosto diagnosticirana pri tistih novorojenčkih, katerih matere med nosečnostjo so uživale BZO. Ena

²¹ Neonatal Abstinence Scoring System z 31 postavkami, ki jih ocenjujemo na 3 do 4 ure. Znaki NAS so razdeljeni v 5 skupin; centralni živčni sistem (hiperaktivnost, hiperiritabilnost, povišan mišični tonus, tremor, krči, pretirano kihanje, nemiren spanec, nekoordiniran sesalni refleks, povišana telesna temperatura), dihala (tahipneja, pretirana sekrecija, respiratorna alkalozna), prebavila (neorganizirano hlastavo sesanje, bruhanje in polivanje, hiperfagija, driska, trebušni koliki), vazomotorika (zamašen nos, navali rdečice, pretirano soljenje, znojenje, marmorirana koža), koža (glutealne ekzoracije, opraskanine obraza, točkaste abrazije). Če novorojenčka ocenijo s točkovnikom sedem ali manj točk v prvih štirih dneh življenja, abstinenčnega sindroma ni treba zdraviti. Če je ocena 8 ali več točk, abstinenčni sindrom zdravimo bodisi z morfinom v oralni obliki ali fenobarbitonom (manj primerno zaradi zavrtja sesalnega refleksa in morebitne diareje, a ustrezno, če je poleg odvisnosti od opioidov prisotna tudi odvisnost od benzodiazepinov). Novejše študije kažejo, da je tudi buprenorfin ali pa kombinacija buprenorfina z naloxonom varna za obravnavo NAS. Po zaključku terapije novorojenčka opazujejo še 3–4 dni. Pri simptomih NAS se upošteva tudi, da je poleg farmakološke terapije poskrbljeno tudi, da je otrok v mirni, delno zatemnjeni sobi, da ima stik z materjo, majhne in pogoste obroke, ter da se zagotovi nadzor strokovnega osebja (Finnegan, 2000).

novorojenka pa je bila med porodom okužena s hepatitisom C, kmalu po rojstvu so bile pri njej prepoznane tudi druge težave v razvoju. Tretja novorojenka je imela že ob rojstvu več posledic (hujšo abstinenčno krizo zaradi več substanc, epileptične napade zaradi krize BZO in diagnosticirane težave v razvoju), vendar se je njeno zdravstveno stanje izboljšalo, tako da zdaj nima posledic. Takrat vključile vse strokovne službe in tudi starši so aktivno sodelovali pri hčerkinem okrevanju. Večina udeleženk je poročala o olajšanju, ko so videle, da otrok nima hujših posledic. NAS so intervjuvanke največkrat doživljale z občutki krivde, samoobtoževanjem, ki se nadaljujejo tudi kasneje po porodu in z odraščanjem otroka (*»Občutki krivde so še sedaj prisotni, to me najbolj boli, to da ne ve, enkrat bo izvedela, zakaj je bila en mesec v bolnici po porodu. Pa zakaj se je rodila v Ljubljani, meni je to grozno, ker gledam iz svoje perspektive, potem pa mi je še hujše.«*) (AVP R 14). Ena od intervjuvank je NAS doživela kot visoko stresno situacijo, saj če bi prej vedela, kaj doživlja otrok, bi se odločila za splav. Jezna je bila tudi na strokovno osebje, ker je s tem niso že prej seznanili (*»Jaz sem skozi težila, da ji prinesejo zdravilo, jaz sem bila bolj panična kot otrok sam. Ampak sem bila takrat tolik jezna. Ker me ni zdravnica poslala, da vidim eno mamico navlečeno in enega otroka in če bi tisto videla in bi popustila in bi šla na abortus. Če bi videla kako NAS zgleda, jaz sem bila bolj panično kot otrok. To je bilo strašno težko in sem rekla, tega ne bom ponovila, pa tud če ne vem kaj.«*) (AVP SS 30).

Občutki krivde, ki ga doživljajo matere zaradi NAS, jih spremljajo tudi pozneje pri vzgoji in skrbi za otroka, kar pomeni, da bolj popuščajo in otroku ne zmorejo postaviti meje, saj imajo občutek, da so ga že dovolj zaznamovale (*»Hčerka je imela abstinenčne krize, 4 dni sva bili na intenzivni, nisem vedela kako bo. Jaz ko sem jo zagledala, tak jok in taka bolečina sem takrat čutila, to je najbolj mene, jaz se tega najbolj bojim. Da bo mene ta krivda spremljala, da bom jaz njo tudi izgubila, a jim bom preveč popuščala in tega se jaz hočem naučiti, biti tako dosledno stroga, ne da tu rečem kdaj ne, da nimam slabe vesti«*) (AVP SS 7). Za napake so torej odgovorne ženske, ki morajo nositi vso odgovornost za svoje zdravje in zdravje otroka. Dolžnost, da si v redu, je implicitna javnozdravstvenemu diskurzu in ima namen posameznike zavezati k prevzemanju odgovornosti za tveganja. Z drugimi besedami, ko je tveganje znano, krivda zlahka sledi. Ženske, katerih otroci so bili oškodovani v maternici, je lahko obsojati, saj se škoda pripiše krivdi matere, ki lahko temelji na lastni osebni odločitvi in neuspešni zaščiti ploda. Takšno delovanje preoblikuje zdravje iz družbene dobrine v zasebno blago (Mykitiuk, 2015).

Hčerka respondentke, ki je med nosečnostjo jemala velike količine prepovedanih drog in ni bila vključena v nadomestno vzdrževalno terapijo, pa sploh ni razvila abstinencijskega sindroma, nad čemer je bila tudi sama presenečena. To pa je pri njej pomenilo, da je še pet let uživanje drog ostalo njena skrivnost, dokler ni pripeljalo do skorajšnjega odvzema hčerke zaradi neustrezne skrbi (*»Hčerka ni imela potem nobene krize. Je imela vse normalno pritisk, srček, vse normalno, nič nobenih napak, nič, zdrava punca. Še pohvalili so jo koliko je zdrava, koliko ima zdrave kosti, srce športnika, veliko, ne vem kaj. Jaz sem bila tako presenečena, mene je bilo strah.«*) (AVP PS 2). NAS pa se lahko pri nekaterih novorojenčkih, posebno pri tistih, katerih matere so jemale BZO, razvije šele po nekaj dneh, kar pomeni, da ga v porodnišnici ne prepoznajo, če matere tega ne povedo.

Težave, ki naj bi bile povezane z NAS, so nekatere udeleženske pripisovale drugim vzrokom. Sklepamo lahko, da so razvile obrambne mehanizme, saj bi bilo soočenje z NAS pretežko. Ti mehanizmi so jim pomagali pri zmanjšanju lastnih občutkov krivde v odnosu do otroka:

- **lakota pri otroku:** Otroci, ki razvijejo NAS, imajo težave s sesalnim refleksom, zato so bile nekatere prepričane, da če bi otrok imel dovolj hrane, ne bi toliko jokal (*»Ni bilo takrat samo zaradi krize, ker so ji ful premalo dali za jesti, ker so mislili, da jaz dojam, jaz pa sem jim govorila, da se mi zdi, da ona čisto nič mleka ne popije. Zaradi tega, ker ni sesala, čutila sem, da ni prisesana, ful sem se matrala, pa ni šlo. Pol so ji dal umetno mleko.«*) (AVP R 14);
- **primerjanje z drugimi:** Velikokrat primerjajo dolžino hospitalizacije ter ležalno dobo na intenzivnem oddelku z drugimi novorojenčki (*»V bolnici sem bila samo teden dni, ni imela ful krize, ene punce so bile en mesec, mi smo imele srečo.«*) (RNP SS 15);
- **primerjanje joka:** Otroci, ki je razvil NAS, ima značilen jok, zato velikokrat matere primerjajo jok z drugimi novorojenčki (*»Moja ni nič jokala drugače kot drugi, pa so drugi rekli, da drugače joka, jaz nisem tega opazila.«*) (RNP SS 39).

5.10 Poporodne stiske

Tako kot veliko žensk se tudi uporabnice drog srečujejo s številnimi stiskami po porodu, kar je velikokrat povezano tudi z recidivom. Z negativnimi čustvenimi stanji, ki so povezana z utrujenostjo, poporodno otožnostjo, depresijo, uporabnice težje shajajo, zato nekatere stisko rešujejo s ponovnim uživanjem substanc, s čimer ponovno dobijo potrditev, da ne zmorejo.

Prenehanje dojenja

Večina smernic v poporodnem obdobju priporoča dojenje,²² saj deluje tudi kot varovalni dejavnik pri recidivu, ker mater bolj skrbi, kaj bo vnesla v svoje telo. Prav tako ima pozitiven učinek na vzpostavljanje stika z otrokom. Udeleženske so se manj odločale za dojenje oziroma so dojile krajše časovno obdobje. Za prekinitev so se odločile same ali po posvetu s strokovnim osebjem, razlogi pa so naslednji:

- ***otrok ni imel sesalnega refleksa:*** (*»Ni znala vleč, mleko sem si vbrizgala na par dni samo, en teden sem dojila, rekli so da ne več.«*) (RNP R 40);
- ***hepatitis C:*** Strokovni delavci imajo precej neenotna stališča glede dojenja, če je mati okužena s hepatitisom C, oziroma so premalo izobraženi o tem, ali se hepatitis prenaša prek materinega mleka lahko prenese na otroka (*»Glede dojenja, saj mi ni znal nobeden prav povedati, ali se to prenaša prek dojenja ali ne. En mi je rekel, da se, drug mi je rekel da se ne, tretji pa mi je rekel da ne, ker tudi v knjigah tega ne piše. Takrat sem se sama odločila da ne, da jaz ne bom tisti poskusni zajec, tako da nisem.«*) (RNP SS 5);
- ***prenašanje substanc – metadona na otroka:*** Nekatere so bile prepričane, da z dojenjem tudi metadon prehaja na otroka. Metadon se nahaja v materinem mleku v majhnih količinah, vendar to ni kontraindikacija za dojenje in celo omili NAS pri otroku (*»Nisem dojila, ker mi je zdravnik rekel, da ne smem, zaradi MTD in BZO.«*) (AVP SS 18);
- ***stres:*** (*»V prvem mi je zmanjkalo mleka zaradi stresa, nisem jedla, nisem pila, nisem spala in se je nehalo mleko delati.«*) (AVP R 22);
- ***recidiv:*** (*»Jaz sem otroka rodila, sem ga eno leto dojila in pol je šlo navzdol.«*) (RNP R 23);
- ***predpisana zdravila:*** (*»Sem imela poporodno depresijo. Sem šla k psihiatru in mi je dal Ziprexo in je rekel, vi kar dojite in potem sem šla na internet brat in sem videla, da boljše, da ne dojim, ker jo lahko tudi otrok dobi in takrat sem nehala dojeti.«*) (RNP R 23).

²² Zadnje smernice pa kažejo, da so kontraindikacije za dojenje naslednje: uživanje različnih drog v večjih količinah, inkonsistentna uporaba droge, injiciranje, uživanje cracka, kokaina in visokih doz amfetaminov, HIV pozitivne matere. Na splošno pa je dojenje priporočljivo pri dokaj stabilnih dozah predpisane substitucijske terapije in ima pozitivne učinke na zmanjševanje tveganj pri otroku. S samim dojenjem se tudi ne prenaša hepatitis B in C, vendar pri materah s kronično okužbo z virusom hepatitisa C (anti HCV RNA pozitivne) odsvetujemo dojenje. Snovi, ki se najbolj zlorabljajo, so lipidno topne in se znatno izločajo v materino mleko in lahko prehajajo skozi kri v možgansko bariero novorojenčka. To pomeni, da je otrok izpostavljen vrsti neželenih učinkov (intoksikacija ali abstinenčni sindrom). Priporočljivo je, da se mati izogiba dojenju 1–2 uri po zaužitju zdravila, saj je takrat najvišja koncentracija zdravila v plazmi. Treba je biti pozoren na znake intoksikacije in abstinenčnega simptoma pri otroku. Če se pojavijo, takojšnje ukinjanje dojenja ni priporočljivo, ampak ga je treba postopno nadomestiti z nadomestno hrano za dojenčke.

Ena od intervjuvank pa je navajala občutke krivde ob tem, ker ni mogla dojiti, kajti materino mleko naj bi bilo najboljša hrana za otroka in v diskurzu idealiziranega materinstva je dojenje nekaj, kar je najboljše za dojenčka in mater, saj se med njima vzpostavlja vez (*»Nisem dojila prav zaradi MTD, to pa mi je rekla zdravnica, da pač dojiti ni v redu, da ne bom mogla dojiti, ker preko mleka dobi tudi MTD v sebe. Tako da ga nisem dojila, čeprav sem imela ful mleka. Sem bila žalostna, ker nisem mogla.«*) (RNP SS 9). Tukaj se pokaže tudi moč strokovnih delavcev, ko se namesto matere odločijo, kaj bo naredila s svojo telesno tekočino. Prek svoje strokovne avtoritete vsiljujejo svoje mnenje kot edino legitimno, čeprav so si nasveti in raziskave tudi na tem področju precej nasprotujoči (Drglin, 2003). Strokovni delavci tako prevzamejo nadzor nad dejanji ženske, kajti materino mleko, ki je okuženo z drogo, ni dovolj dobro za hranjenje. Dojenje se idealizira samo pri tistih materah, ki so zdrave, popolne in predane družbenim normam.

Duševno zdravje

Nekatere udeleženke so navajale visoko stopnjo anksioznosti in stresa pri negi in skrbi za novorojenčka (*»Bil je tak cukrček mali, bila sem srečna, po drugi strani pa ful strah, pa kak bo zdaj to, kako bom zmogla. Potem nekak prve dni se mi je zdelo, da ga bom zlomila, če ga bom preveč prijela, drugače pa sem bila vesela. Jaz sem skoz mislila, da ne bom znala previt, potem pa je kar tak šlo.«*) (RNP SS 9). Težje je bilo tistim, ki niso imele nobene podpore svojcev, predvsem staršev (mame in tašče), saj v raziskavi ugotavljamo, da so jim pri negi bolj pomagale kot partnerji in so pomembna opora in podpora ravno v poporodnem obdobju (*»On je bil tak jaz nisem vedela, kako z otrokom, sama nisem vedela kako ravnati. Bila sem napeta, živčna, takoj po porodu sama z otrokom, nisem vedela zakaj se joče na primer. Sem ji dala jesti je jokala. Mi je njegova mama pomagala, pol je bilo lažje.«*) (AVP PS 13). Tiste brez podpore so poročale o pregorelosti, občutku nemoči, stresa. To je bil tudi eden glavnih razlogov za začetek ponovnega uživanja substanc ali zvišanje nadomestne vzdrževalne terapije (*»Pri hčerki sem začela ponovno z drogo, ko je bila ona ene osem mesecev stara. Pregorela sem, sama sem bila čist za vse. Štiri mesece nisem nič spala, sem bila čist paf. Mama je bila samo en dan pri meni in je naslednji dan spokala, ker je tamala imela krče. Sem bila sama čist za vse.«*) (AVP R 22). Ob drugem otroku jim je bilo lažje, saj so že vedele, kako ravnati z novorojenčkom (*»Za hčerko, tako sem skrbela zanjo, kot da bi bila steklena. Pri drugem otroku pa si že bolj navajen in sem dobesedno res pregorela. Nisem spala nič.«*) (AVP R 22).

Poleg partnerjev, staršev in tašče pa so intervjuvanke večkrat omenile Zavod Tamala, ki ga je vodila socialna delavka in je bil namenjen materam s težavami v duševnem zdravju.

Tri respondentke so imele izkušnjo s poporodno depresijo. Dve sta poiskali psihiatrično pomoč, ena pa je ni prepoznala, saj ni imela dovolj informacij in je slabše razpoloženje in strah pripisovala zmanjšanju metadona (*»Sem imela poporodno depresijo, takrat jaz sem pač skoz mislila, to je zato, ker manj MTD pijem, da je posledica tega. Par let potem sem se informirala in izvedela, da sem imela ful poporodno depresijo. Vsega me je bilo strah. Najbolj je strah prevladal je nad vsem pozitivnim. Kak dan me je bila groza, joj kak bom jaz to zmogla, otrok pa služba. Nič mi ni bilo jasno. Niti nisem vedela, da je to.«*) (AVP SS 18).

Navajale so hude stiske in prepuščenost sami sebi, občutek osamljenosti, nemoči, dve intervjuvanki sta po porodu doživeli tudi psihotično epizodo. Po njihovem mnenju bi potrebovale pomoč na več področjih:

- **priprava na prihod otroka:** (*»Da moraš biti pripravljen, da je otrok odgovornost, prej nisem slišala tega.«*) (RNP SS 15);
- **pomoč pri skrbi in negi:** (*»Jaz nisem imela nobene pomoči, samo jaz in moj partner in to je bilo tudi tisto, ko se midva pogovarjava, da je bilo to ključno, da sem padla noter. Če bi imela takrat nekoga, ki bi mi pomagal. Nobenega nisem imela.«*) (RNP R 23);
- **pomanjkanje informacij, kam po pomoč:** (*»Sem imela izkušnjo z depresijo in psihozo, sem bila čisto na koncu, enostavno ne vidiš kdo bi ti lahko pomagal, nisem vedela, kam se obrniti. Al pa, da bi do kakšnega človeka šla in da bi znal povedat kam se obrniti.«*) (RNP SS 5).

Ocenjuje se, da zaradi depresije trpi od 10 do 15 % nosečnic (Drglin, 2009, str. 22). Depresivni simptomi so po podatkih literature prisotni pri 25–35 % nosečnic, v poporodnem obdobju pa so še pogostejši (poporodno otožnost občuti do 80 % porodnic, za poporodno depresijo jih zbolijo od 10 do 20 %, za poporodno psihozo pa 0,1 %) (Jeriček Klanšek, Zorko, Bajt in Roškar, 2009, str. 28). Pri tem naj bi obstajala dokazana korelacija med doživljanjem nasilja in slabšim duševnim zdravjem (Zaviršek, 2009, str. 47).

Pri tem moramo tudi upoštevati, da je tiste, ki problem z odvisnostjo prikrivajo, strah poiskati pomoč, ker bi bila odvisnost razkrita. Zaradi tega se tudi bojijo posledic in se pomoči v večini izogibajo. Na podlagi izjav pa lahko vidimo, s kakšnimi stiskami se srečujejo, zato bi se bilo treba materam približati in jim omogočiti dostop do pomoči. Strahovi, skrbi,

samostigmatizacija, obremenjenost, ali dovolj dobro skrbijo za otroka, zgodovina lastnih travm, nasilja in substance otežujejo starševstvo in stik z otrokom. Zaradi vseh teh kompleksnih problemov, s katerimi se mati sooča že v poporodnem obdobju, lahko večkrat spregleda znamenja, ki jih daje otrok, kar posledično pripelje do tega, da se nazadnje oba umakneta iz odnosa. Salo in Flykt (2013) ugotovljata, da so v prvem letu po porodu matere, odvisne od opioidov, manj sodelujoče in odzivne do otroka. Matere, ki zlorabljajo več substanc, so pokazale nižjo odzivnost na novorojenčke med 2–5 mesecem starosti (Farserer, 2010). Največ težav v interakciji so imele matere, ki so bile na kokainu (Salo in Flykt, 2013). Novorojenček, ki je preživel abstinenčno krizo, je bolj razdražljiv, napet, ima težave s spanjem, je zahteven otrok in včasih matere mislijo, da so odgovorne za to, da otroka ne znajo potolažiti in umiriti, in spet dobijo potrditev, da niso ustrezne (Finnegan in Erlich, 1992). Otroci s svojim vedenjem manj nagrajujejo svoje starše in posledično se zaradi take odzivnosti matere še bolj umikajo (Pajulo, Suchman, Kalled in Mayes, 2012). Zato bi bilo treba mater poučiti o tem, kako substance vplivajo na vedenje pri novorojenčku, in sicer da je neodzivnost in razdražljivost pri otroku posledica NAS, ne pa znak zavračanja matere. Ko seštejemo vse dejavnike, lahko rečemo, da je to zelo zahtevno materinstvo.

5. 11 Porodnišnica kot prostor viktimizacije

Respondentke so največ obsojanja in stigme doživele v porodnišnici, ko se je pri otroku začel NAS oziroma ko postanejo posledice zlorabe drog med nosečnostjo vidne pri otroku. Porodnišnica torej postane javni prostor, kjer se pokaže, kako so v nosečnosti skrbele za svoje telo in plod, in to je za javnost pokazatelj, kako dobre matere dejansko bodo. Drugi jih lahko že v porodnišnici označijo za »ne dovolj dobre matere«, pa čeprav se njihova materinska vloga še ni niti začela. Obsojene so, ker otrok doživlja NAS, pa četudi je to posledica tega, da so med nosečnostjo uživale nadomestno vzdrževalno terapijo, ki so jo institucije predpisale in predstavljale kot manj škodljivo za otroka. Benoit in drugi, (2015), ki je opravljala raziskavo med strokovnimi delavci v programih za zmanjševanje škode, je ugotovila, da so ti kakršnokoli uporabo substanc v nosečnosti označili za moralno sporno in nedopustno dejanje. Sama to povezuje s pojmom individualne odgovornosti do spola, ki prikazuje ženske kot inkubatorje in primarne skrbnike. Podobno je pokazala naša raziskava: *(»V bolnici je bila katastrofa. Jaz sem bila obravnavana, bom rekla, ko sem šla roditi, ful so bili taki do mene. Jaz že ko sem bila sprejeta v bolnico, so vedeli, da je carski ne, da bo carski. Prvo so me dali*

v sobo s šestimi, pol ko je prišel MTD ... Vi boste imeli carski, greste v svojo sobo. Že ta odnos do mene, bom rekla zelo nestrokovno. Ja pa res, da je potem bila ena zdravnica zelo prijazna do mene. Potem, ko sva se začeli pogovarjati, ko se je malo spustila, je mogoče začela čutiti stvari in je potem spustila tudi par solz in je rekla, Pojdite naprej držite se tega, kar ste mi povedali.«) (AVP PS 17). Kot pravi Ruth Fletcher (2006), je tako kot drugi socialni problemi ženska odvisnost padla v domeno družbene reprodukcije, kjer prepogosto pri obravnavi ženske pravzaprav ne gre za ženske same, ampak za to, kaj naj bi naredile za druge oziroma za družbo. V raziskavi ugotavljamo, da se strokovno osebje predvsem v času nosečnosti, poroda ter poporodnega obdobja in materinstva osredotoča predvsem na substanco samo, s tem se še poveča individualna odgovornost posameznice do tega, kakšni bodo izidi nosečnosti in materinstva.

Izkušnja ene od mater pa je taka, da dokler se za njeno odvisnost ni vedelo, so se v porodnišnici do nje vedli spoštljivo, ko pa jim je za to povedala, se je njihov odnos popolnoma spremenil (»Osebje ful obsojajo, dokler nisem jaz povedala, da sem odvisnica, je bilo vse kul, vse normalno, tudi noben sploh ni ugotovil, ker sem imela dolge rokave, je bilo vse v redu. Ko so začeli tako spraševati, kaj bi lahko bilo, sem jim pač povedala resnico, da se zdravim. Taka črta, tisti najhujši pristop, kar je možno. Res kako zavračajo ljudi, ki so odvisni. Pa, saj so lahko tudi odvisniki lahko normalni ljudje, jaz jih ene par poznam, ko so normalni, so pa tudi taki, ki niso v redu.«) (AVP R 14).

Negativne izkušnje v odnosu strokovnega osebja so doživljale predvsem pri sporočanju in soočenju, da se je pri novorojenčku začela abstinenčna kriza (»Kar naenkrat je začela jokati. Potem je prišla dežurna zdravnica in jo je tam pregledovala ... In sem jaz rekla, ja kaj pa je. In je rekla ja kaj pa mislite, pa kaj je, saj veste, kaj ste ji naredila. Prav klofuto ti da. Ja hvala lepa a ne. In jaz sem jokala, ja seveda sem jokala, ker so mi jo hoteli vzeti, ja kaj ne bom jokala. Grozno mi je bilo in nič to ni bilo, da te pomirijo, vse bo v redu. Prav tisto, kaj se dereš, saj si vedela kaj bo. Sama si kriva. Ja vem, da sem kriva, ni mi treba govorit.«) (RNP PS 3).

Ena respondentka pa je navajala izkušnjo pri porodu, ko je doživela status posebne, drugačne pacientke, saj je bila z vidika medicine poseben primer za proučevanje. Sama je imela občutek, da jo strokovno osebje stigmatizira in diskriminira, ker je bila odvisnica – porodnica in okužena s hepatitisom C (»In so mi pripravile vse za rodit, odprta sem bila, ampak sem bila stigmatizirana. Narkomanka, potem pa še hepatitis. Vsak ginekolog, ki je prišel, me je

pregledoval, mene je tako po domač povedano vse bolelo in vsi so govorili, saj ste že odprta.» (RNP R 5). Zaradi osredotočanja na materino odgovornost za zdravje fetusa je nosečnica postala javna oseba. Njeno telo je na razstavi za druge, ki se ga lahko dotikajo na načine, ki ne veljajo za primerne pri katerikoli odrasli osebi. Izpostavljene so kritičnemu in cenzurnemu pogledu, kjer so obsojane njihove izbire (Root in Browner 2001; Longhurst, 2008).

Pri tem imajo pomembno mesto prav predsodki in stereotipi, ki veljajo za matere uporabnice drog in postanejo splošni in veljavni za vsako nosečnico in mater, ki spada v to skupino (*»Jaz imam občutek, pa ne občutek resnica je taka, da te ljudje čisto drugače gledajo. Tam je bila ene sestra je rekla, da bom slaba mama, da kako sem si dovolila otroka na svet spraviti, me je že na začetku obsodila. Pa moji mami je rekla, da kaj sem naredila otroku. Moja mama je na koncu prišla objokana, blede, je rekla, da če sem normalna.«) (RNP SS 33).*

Intenzivni oddelek

Otroci so bili v času NAS večkrat premeščeni na intenzivni oddelek. Včasih so bili tudi za dlje časa ločeni od mater, saj te niso smele biti z njimi in so lahko le vsakodnevno hodile na obisk, kar je oteževalo vzpostavljanje stika z otrokom. Ločenost od otroka so respondentke doživljale kot izjemno stresno (*»Imela je abstinenčno krizo, bila je mesec dni v bolnici, na intenzivnem oddelku. Tri tedne je bila v Mariboru. Teden dni sem bila v bolnici, potem sem morala iti domov, čeprav sem si želela, da bi ostala poleg. Niso mi pustili, ker potem sem se vsak dan vozila k njej. Mi je bilo zelo težko, ker nisem mogla bit zraven nje. Takoj sem vzpostavila stik z njo, zato ker sem si jo želela, mi ni bilo težko.«) (AVP PS 13). Ena od njih je celo mislila, da so ji otroka odvzeli, saj tudi ni dobila pravih informacij od zdravstvenega osebja, kaj se z otrokom dogaja in kam ga peljejo (*»Na infekcijsko v Ljubljano so mi jo odpeljali. Jaz sem mislila, da so mi je odpeljali, da jo ne bom več videla.«) (RNP SS 5).**

Tukaj se pokaže, da strokovni delavci velikokrat materi posredujejo dvojna sporočila, ker enkrat poudarjajo pomen vzpostavljanja »varne navezanosti«, ki naj bi predstavljal bila temelj nadaljnjega razvoja otroka in jo bi morala mati vzpostaviti že v prvih urah po rojstvu, na drugi strani pa lahko brez težav prepovedujejo, otežujejo stik z otrokom v imenu otrokovega zdravja. Za manj privilegirane ženske uporabnice drog pa je nujnost nadzora na telesom lahko kaznovana in prekomerno nadzorovana (Kristeva, 1982).

Hepatitis

Najbolj pogosto so se v porodnišnici soočale s stigmatom tiste respondentke, ki so bile okužene s hepatitisom C. Zaradi možnosti potencialne okužbe so bile večkrat izolirane v posebni sobi, kar jim daje dodaten občutek drugačnosti in ločenosti od drugih mater. Tako je porod tista točka, ko institucija neposredno izloči porodnice od drugih in jih postavi v drugorazredni položaj. Prvič, ker so drugačne, ker so uživalke, drugič, ker so rodile otroka, in tretjič, ker druge ogrožajo z nalezljivo boleznijo. Ločenost in razpoznavnost se v porodnišnici izraža na več načinov:

- **izolirna soba:** (*»3.20 sem rodila. V sobo pa sem prišla 12 45, ker niso vedeli, kam naj me dajo. Zaradi hepatitisa C, ker ga sploh nimam. Mislim, to je noro, sem rekla, da imam protitelesa, sem jim povedala, da ima protitelesa ampak, da nimam virusa. In da je to staro 15 let, odkar so jih odkril, da se ne morejo okužiti. O to ne razume nekdo, ki je naredil zdravstveno šolo. Potem na koncu, se je dobro izkazalo, da so me dali v tisto izolirno sobo, ker sem bila tam sama in mi ni bilo treba biti še s tremi mamicami in to.«*) (RNP PS 28);
- **prepovedovanje stika z drugimi porodnicami:** Tudi druge porodnice se ne želijo družiti in pogovarjati ali biti skupaj v sobi z nekom, ki potencialno z virusom ogroža njih in otroka in ki je otroku namerno škodoval vso nosečnost (*»Po porodu pa spet, so me dali v nadstandardno sobo, s tem da so mi prepovedali z drugimi pacientkami se družiti. Sploh pogovarjati. Ne vem, verjetno so se bali, da se to kapljično prenaša ali kaj. In največji hec je bil, sem rekla, da jaz te sobe plačevala ne bom, ker imam zavarovanje, so rekli, da nič vam ne bo treba plačevati.«*) (RNP R 5);
- **označevanje:** Ena od respondentk je doživela izkušnjo, da so njo in hčerko označili z rumenim znakom, z vidnim znakom, da je prenašalka prenosljive bolezni, kar je pri drugih izzvalo še večji strah pred okužbo (*»Pa tako niso imeli izvid za aids, hepatitis, ko te testirajo in ko sem šla na wc, ko so me iz aparata odklopili, so bili vsi očetje, pa babice zunaj, ko so čakali. Je rekla, katera je sedaj dala, če vemo, da še nima izvidov, ker ne vemo če je pozitivna na hepatitis. In naenkrat je bila soba prazna okrog mene, vsi so šli ven, vsi so bežali nobenega več ni bilo. Tam na vrata so dali rumeni znak in vsak ki je šel mimo zunaj, mimo vrat, je vedel, da se možnosti, da se okuži s hepatitisom ali pa z aidsom. Pa na hčerkinini zapestnici je bil znak, ko sem pa to videla, sem znorela, da z mojim otrokom ne bodo tako delali. Najprej se naj prepričajo, potem pa naj dajo. Neki znak vsi potem vidijo in kaj ta rumeni znak, tak kvadraterk pomeni.«*) (RNP PS 28).

Na predsodke in diskriminatorni odnos vpliva tudi neznanje o prenosljivosti okužbe s hepatitisom C, saj bi moralo strokovno osebje v skladu s standardi in normativi ravnati tako, da je vsaka porodnica lahko okužena, ne pa ločevati tistih, ki so potencialno okužene (*»Imam izkušnje s stigmo, predvsem zaradi hepatitisa. Prav zanimivo, kako je zdravstveno osebje nepoučeno, ne vem ali jih ne zanima, ali res mislijo, da se kapljično prenaša, ne vem sploh kaj mislijo. Res ne vem.«*) (RNP SS 23).

Gre za diskurz o polucijski, toksični razsežnosti teles uporabnic drog, ki jim primanjkuje sposobnosti nadzorovanja, saj lahko s telesnimi tekočinami, dotikom prenašajo viruse, ki jih absorbirajo skozi ene odprtine in izločajo skozi druge. Telo brez meja, ki ne more nadzorovati telesnih tekočin, vzbuja še močnejši strah pred okužbo. Polucija je simbolni način, kako družba uporablja idejo o tem, da je nekaj fizično nečisto, in nezavedno projicira na osebe strahove in skrbi. Lahko pa je onesnaženost lastnost tistega, kar je vmes in s svojo umestnostjo ogroža obstoječe kategorije, na katere je razdeljena družba (čisto/nečisto, zdravo/nezdravo, normalno/patološko (Zaviršek, 2000; Ettore in Cambell, 2011; Lupton, 2013).

V raziskavi ugotavljamo, da so se uživalk drog v času nosečnosti in po porodu soočale poleg težav odvisnostjo tudi z drugimi tveganji, kot so nizek socialni ekonomski status, težave v duševnem zdravju, stigmatizacijo, konfliktnim odnosom s partnerjem, soočale so se z občutki krivde in sramu zaradi odvisnosti, diskriminatornim odnosom strokovnega osebja in nedostopnostjo do pomoči. Vse sogovornice so poročale o tem, da so na več načinov poskušale zmanjšati škodo, ki jo lahko povzroči uporaba drog in tvegana vedenja, pri tem pa so uporabile različne strategije zmanjševanja škode. Nosečnost lahko pomeni za žensko uporabnico drog možnost, da začne upravljati svojo identiteto, da se izogne stigmatizaciji odvisnice. Pomeni možnost, da postane »normalna ženska«, s tem ko postane mati (Anderson, 2008; Ettore in Cambell, 2011).

6 STARŠEVSTVO IN UPORABA DROG

O vplivu uporabe drog na starševsko skrb pri materah uporabnicah drog je bilo v zadnjem času narejenih veliko število raziskav, vendar so si njihovi rezultati precej nasprotujoči. Na eni strani številne raziskave kažejo, da uporaba drog med materami pomeni visoko tveganje za zanemarjanje in zlorabo otrok, večje tveganje za negativne razvojne izide pri otroku ter čustvene in vedenjske težave. Pri otrocih naj bi obstajalo povečano tveganje za razvoj depresije, hiperaktivnosti, samomorilnosti, pogosteje je prisotno nizko samospoštovanje in samopoškodovalno vedenje (Cleaver in Tarr, 2007; Osterling in Austin, 2008; Canfield, Radcliffe, Marlow, Boreham in Gilchirst, 2017). Forrester, Westake in Glynn (2012) trdijo, da ima odvisnost od prepovedanih drog pri starših neposredni učinek, ki je povezan z intoksikacijo staršev, in posredni učinek, kjer starši dajo prednost drogi pred otrokovimi potrebami. Droga tako postane primarna potreba in je pred skrbjo za otroka. Tveganje pri otroku je največje v zgodnjem otroštvu in se povečuje, če sta oba starša uporabnika drog Klee in drugi, 2002; Osofsky, 2004; Suchman, Pajulo in Mayes, 2012). Pogosto so matere predstavljene kot tiste, ki ne znajo zaščititi svojih otrok in skrbeti zanje, in njihova gospodinjstva so pogosto stereotipno predstavljena kot kaotična in neustrezna (Boyd, 1999).

Uporaba drog pri starših naj bi bila povezana z visoko stopnjo izgube skrbništva nad otrokom. Otroci ostanejo dlje časa ločeni od staršev, zanje obstaja večje tveganje za ponovno izgubo skrbništva in večje tveganje, da otroci niso vrnjeni k staršem (Pennar, Alyson, Shapiro in Kyrzik, 2012). Odvzem otrok se pogosteje zgodi v družinah, kjer sta oba starša uporabnika oziroma je uporabnica mati, ki je družbeno bolj odgovorna za skrbstvene obveznosti kot oče, zato naj bi imeli njeno uživanje drog in z njo povezane težave večji vpliv na starševstvo (Kelly in drugi, 2014; Semanchin in Laliberte, 2017). Rezultati ene od raziskav so pokazali, da je pri približno 70 % otrok, ki so nameščeni v rejništvo, eden izmed staršev prepoznan kot uporabnik PAS (Reid, Greaves in Poole, 2008). Po mnenju strokovnjakov ima v tem primeru pomembno vlogo recidiv, ki ga pogosto sproži življenjski stres, impulzivnost ter ponovni začetek jemanja drog (Pennar in drugi, 2012). Strokovno osebje se odloča za namestitev v rejništvo tudi na podlagi tega, kakšen je odnos družbe in strokovnjakov do posamezne substance – droge (Olsen, Laparde in Holmes, 2015). Tako ugotavljajo, da je večja verjetnost, da bodo skrbništvo izgubile matere, ki uživajo kokain, kot tiste, ki uživajo alkohol in opiate, kar je povezano tudi z družbeno stigmo »crack babies«. Strokovnjaki opozarjajo, da so na

prevladujoč diskurz o neustreznem starševstvu pri materah uporabnicah drog vplivale tudi raziskave o posledicah uporabe drog, ki so bile narejene predvsem z otroki, ki so bili že odvzeti staršem zaradi različnih oblik zanemarjanja. Iz raziskave pa so bile pogosto izvzete družine, ki niso bile vključene v sistem socialnega varstva za zaščito in varstvo otroka. (Krane in Davis, 2000).

Na drugi strani veliko študij kaže, da matere kljub uporabi droge lahko ustrezno opravljajo svojo starševsko vlogo in v tem niso nič drugačne kot matere neuporabnice drog (Klee in drugi, 2002; Boyd, 2004; Cleaver in drugi, 2007), kar lahko potrdimo tudi v naši raziskavi. Na zmožnosti starševstva naj bi vplivali različni dejavniki tveganja, in ne samo uporaba drog. Pogosto so v teh družinah prisotna številna tveganja, kot so brezdomstvo, revščina, nedostopnost različnih sredstev, nasilje in kriminal (Toscano, 2005; Svingen in drugi, 2016). Zaradi številnih duševnih stisk je pri materah pogostejša depresija, ki ravno tako ovira zagotavljanje stabilnega in negovalnega okolja (Grella, Hser in Huang, 2006). Z uporabo substanc in zanemarjanjem otrok so močno povezani tudi drugi socialnoekonomski dejavniki, ki pa so bili iz raziskav pogosto izključeni (Ferguson, Boden in Horwood, 2012). Številni strokovnjaki med drugim poudarjajo, da imajo matere uporabnice drog že več travmatičnih izkušenj iz preteklosti (fizične in spolne zlorabe) ter aktualne izkušnje s travmo, ki je lahko povezana z revščino, nestabilnim družinskim okoljem, družinskim nasiljem, kar vpliva na njeno starševsko zmožnost, ter večje tveganje za izgubo skrbništva nad otrokom (Suchman in drugi, 2013; Blakey, 2014, Harp in Oser, 2018).

Tudi v naši raziskavi so se intervjuvanke že zelo zgodaj soočale s številni travmatičnimi izkušnjami. 57,5 % jih je poročalo o izkušnjah alkoholizma v njihovi primarni družini, ki je bil največkrat povezan tudi z nasiljem. 35 % intervjuvank je poročalo o razvezi staršev, ki je bila najpogosteje posledica dolgotrajnih konfliktov, nasilja in alkoholizma. 22,5 % respondentk je imelo izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu. Najpogosteje so se zlorabe začele v zgodnjem najstniškem obdobju in pri nekaterih trajale vso adolescenco. 10 % oziroma štiri intervjuvanke so imele izkušnje z mladoletno nosečnostjo. Prindle, Hammond in Putnam (2018) poudarjajo, da prav zgodovina lastne izkušnje zlorabe in nasilja pripomore k razvoju negativnih starševskih praks (nasilje, popuščanje, zanemarjenje osnovnih potreb pri otroku itd.). Tudi droga v tem primeru postane sredstvo za lažje soočanje oziroma minimaliziranje negativnih čustvenih stanj. Lahko postane sredstvo za blokiranje lastnih občutkov krivde in sramu za pretekla dejanja in je način spopadanja s kompleksnimi travmami in strategija preživetja. Posledično se lahko zaradi tega uporabnice drog slabše čustveno odzivajo na

otroke, saj je njihov cilj doseči z drogo večjo čustveno otopelost oziroma neodzivnost. V raziskavi iz leta 2004 je bilo med 200 materami uporabnicami drog ugotovljeno, da jih je bilo 88 % nezaposlenih in je prejemale denarne dodatke, 57 % jih ni imelo dokončane izobrazbe, tretjina jih je bila brezdomk, 57 % jih je bilo izpostavljenih zlorabi partnerja, 73,6 % pa enega od staršev. Pridružene težave v duševnem zdravju so bile prisotne pri polovici vprašanih, najpogosteje depresija, travma. Raziskovalci so ugotavljali, da pri materah, ki imajo več kot 5 psihosocialnih stresorjev, obstaja večje tveganje za zanemarjanje otroka kot pri tistih, ki imajo 4 stresorje ali manj. Vse te stiske pa lahko vodijo v dodatno uživanje drog, ki deluje kot mehanizem pobega od realnosti (Lussier, Bertrand in Lavanture, 2010). Zaradi kompleksnosti problematike Small in Kohl (2012) trdita, da bi bilo starševstvo, ki je povezano z uporabo prepovedanih drog, treba pogledati skozi biopsihosocialni diskurz, ki omogoča vpogled v kompleksnost življenja uporabnice in njene družine. Cleaver in drugi (2007) poudarjajo, da če je prisotnih več dejavnikov tveganja v družini, bolj narašča tveganje za zanemarjanje in zlorabo otrok.

Prav tako je pri vlogi materinstva treba upoštevati, katere in koliko drog uživajo starši oziroma ali gre za problematično rabo drog ter kako posamezna droga vpliva na posameznika in kakšno bo posledično vedenje do otroka (Pajulo in drugi, 2010; Kaltenbach in drugi, 2012; Basnet, Omjeka in Tihonen, 2015). Matere imajo lahko različno toleranco do droge, ne odzivajo se vse enako na isto količino. Pomembno je tudi, kako se uživa droga (injiciranje, snifanje). Tudi detoksikacija ima lahko stranske učinke, saj takrat lahko starši težje poskrbijo za otroka. Najmanj se razpoložanje spreminja pri tistih uporabnicah, ki uživajo dnevno dozo nadomestne vzdrževalne terapije ali droge. Največji problem pa je pretirano uživanje droge čez dan, v večjih količinah, ko starši lahko izgubijo nadzor nad sabo in dogajanjem okrog sebe. Pri tem je treba upoštevati tudi, ali imajo starši še kakšne pridružene težave, kot so duševne stiske, socialne težave, kar lahko pripomore k poslabšanju stranskih učinkov posamezne droge ali duševnega stanja. Tako je denimo tveganje večje pri uporabnicah, ki imajo poleg težav z odvisnostjo za sabo tudi zgodovino nasilja in travme, pri katerih so prisotni partnersko nasilje ali duševne bolezni, kar veliko bolj ogroža otrokovo varnost. Pretirano uživanje drog lahko proizvede simptome, kot so nihanje razpoloženja, paranoidne halucinacije, občutki sreče in mirnosti, zmanjšana koncentracija, izguba spomina in zavesti. Abstinenčna kriza pa lahko povzroči bruhanje, slabost, krče, halucinacije, epileptične napade. Če uporabnica jemlje različne droge, so učinki še bolj nepredvidljivi, ena droga lahko prikrije učinek druge, kar lahko privede tudi do predoziranja oziroma lahko na posameznico učinkuje

zelo različno in nepredvidljivo. Če je pri enem od staršev prisotna visoka stopnja in pogosta zloraba droge, ta vpliva na starševsko sposobnost interpretacije, odločitve ter odzivanja na otrokove besede ali dejanja (Basnet in drugi, 2015). Droge imajo v osnovi generaliziran učinek (sedativni ali stimulativen), kar vpliva na kognitivne in emocionalne odzive in opravljanje nalog, kot je skrb za otroka. Večje količine alkohola ali prepovedanih drog lahko vplivajo na starševske zmožnosti, in sicer na njihovo pozornost, sposobnost sprejemanja odločitev, inhibicijo ter emocionalne procese (interpretacijo emocionalnih odzivov in emocionalno regulacijo) (Kepple, 2018). Stabilno uživanje drog in alkohola pa lahko zmanjša te simptome, in to je lahko tudi eden izmed pomembnih korakov v obravnavi (Clever in drugi, 2007). Cilj obravnave pri uporabnicah je lahko abstinenca ali bolj nadzorovana uporaba droge oziroma usmerjenost v zmanjševanje škode (prav tam).

Na voljo je veliko število drog in vsaka ima svoje učinke, ki so odvisni od posameznika, na katerega učinkujejo na različne načine, tako bodo nekateri, ki pretiravajo s količino kokaina, ob njegovi uporabi lahko delovali bolj samozavestno, evforično, pri nekaterih uporabnikih pa sproži agresivno vedenje. Dejavniki, ki vplivajo na učinke posamezne substance, so: trenutno duševno stanje uporabnika, izkušnja oziroma toleranca do posamezne substance, osebnost uporabnika, količina in način uživanja. Matere najpogosteje uporabljajo naslednje vrste drog:

- **opioidi** (heroin, metadon): Učinki uživanja so odvisni od tolerance posameznika, načina uživanja in narave posamezne substance. Tisti, ki si opiate injicirajo, pogosto govorijo o užitku, ki ga imenujejo »rush«, ki traja nekaj sekund, potem pa sledi sanjsko nerealno stanje. Uporabniki pogosto opišejo občutke pomirjenosti in sproščenosti. Majhne doze nimajo posebnih učinkov na starševstvo, večje pa imajo učinek pomirjevala, povzročajo zaspanost in nezavest. Včasih prav način uživanja prinaša največje tveganje (injiciranje drog in prenos okužbe hepatitisa, virusa HIV ali drugih nalezljivih bolezni). Abstinenčni sindrom je pri opiatih fizični in psihološki, odvisen je tudi od stopnje odvisnosti pri posamezniku in tega, koliko časa je užival opioide. Abstinenčne simptome opioidne odvisnosti lahko zmanjšamo z nadomestno vzdrževalno terapijo. Psihološki abstinenčni simptomi trajajo dlje kot fizični, ki se kažejo kot želja po drogi. Pogosti stranski učinki so tudi anksioznost, nespečnost, težave s spominom, frustracije, depresija. Hujši abstinenčni simptomi lahko vplivajo na starševsko zmožnost. Predpisane dnevne doze metadona ne vplivajo na vsakodnevno funkcioniranje;
- **stimulansi** (crack, kokain, amfetamini): Kajenje kokaina povzroča občutek vznemirjenosti, sreče in samozavesti. Uporabniki postanejo zgovorni, dobijo občutek

moči, vendar ob slabšem razpoloženju, učinki lahko niso taki, kot bi jih oseba lahko pričakovala, saj lahko sledi paranoja, panični napad itd. Ob intravenoznem uživanju je učinek takojšnji, z oralno uporabo pa zapoznel. Ko učinki droge popustijo, imajo uporabniki pogosto občutek brezupa in depresije. Učinki amfetamina trajajo nekaj ur, in čeprav povzročajo manj intenzivne občutke kot kokain, trajajo dalj časa. Pretiravanje z uživanjem teh drog lahko vodi v paranojo, halucinacije in druge simptome ter psihotične epizode. Pri tistih, ki imajo težave z duševnim zdravjem, pogosto izzove ponovno psihotično epizodo, ki vodi v hospitalizacijo. Znaki abstinencijskega sindroma so depresija, želja po drogi, nespečnost;

- **depresorji** (alkohol, pomirjevala in topila): Vplivajo na zavest na različne načine in so odvisni od posamezne substance. Pri alkoholu je odvisno, v kakšnih količinah ga uživajo uporabniki, pri tem imajo lahko zmanjšane sposobnosti koncentracije in spomina ter omejene psihomotorične sposobnosti, slabšo inhibicijo, katere rezultat je velikokrat agresija in slabša samokontrola. Učinki alkohola so odvisni od tolerance uporabnika, njegove osebnosti in družbenega okolja. Pri pomirjevalih in uspavalih se lahko uporabnik pri majhnih dozah počuti mirnega in sproščenega, pri višjih dozah pa lahko pride do izgube zavesti, še zlasti ob mešanju z alkoholom. Ob abstinencijskem sindromu z alkoholom so možni epileptični napadi, halucinacije, potenje, bruhanje, krči, pri pomirjevalih pa anksioznost, težave z nespečnostjo, depresija;
- **halucinogene droge** (THC, LSD, ekstazi in nore gobe): THC se najpogosteje kadi in učinki se pokažejo od 10 do 15 minut po prvi inhalaciji. Uporabniki se počutijo bolj umirjene, sproščene, s povečano pozornostjo. Pod vplivom THC imajo nekateri težave s spominom, slabšo koncentracijo, nekateri izgubijo občutek za čas, možna je tudi psihotična epizoda. LSD in nore gobe povzročajo vizualne in druge vrste halucinacij, ki lahko trajajo tudi do 12 ur. Možne so različne reakcije, kot so depersonalizacija, halucinacije, paranoje in panični napadi. Abstinencijski znaki so: nespečnost, anksioznost in želja po ponovnem uživanju. Pogosti so flashbacki, ki se lahko pojavijo še nekaj časa po zaužitju droge.

Za zaščito in spodbujanje dobrega počutja otrok morajo starši zagotoviti osnovno oskrbo, varnost, primerno stimulacijo, vodenje, meje in stabilnost, kar je lahko pri uporabnikih drog oteženo, vendar je to odvisno tudi od otrokove starosti, razvojnega obdobja in osebnosti (Cleaver in drugi, 2007). Pri starših uporabnikih drog so lahko ogrožene otrokove potrebe po varnosti, emocionalni dostopnosti, starši imajo več težav s kontrolo in s discipliniranjem otrok

(prav tam, 2007). Pogosto se otroci v družinah, kjer je prisotna odvisnost, počutijo zavržene, nezaželene in jezne, ker nihče ni odkril družinske skrivnosti. V strokovni literaturi se v zvezi s prisotnostjo droge v družini uporablja izraz »slon v dnevni sobi«, ki je veličasten, ogromen. Gre za prisotnost skrivnosti, ki zavzema veliko prostora, uporablja veliko sredstev in veliko pozornosti in prilagoditev vseh tistih, ki so v bližini. Termin sta začela prva uporabljati Hasting in Typo (1984 v Kroll, 2006) v zvezi z vplivom alkohola v družini, ki prikliče občutek velike in prevladujoče prisotnosti, pri kateri je nemogoče, da bi jo otrok prezrl. Proces zanikanja je proces, ko so starši navezani na drogo, vendar težko priznavajo prisotnost slona – droge. Slon lahko tudi prikrije otroka, da postane neviden za tiste, ki bi morali zanj skrbeti. Otroci vedo, da je prisoten, vendar se starši delajo, kot da ga ni. Posledica tega pa je, da otroci začnejo doživljati izkrivljeno realnost. Svet postane negotovo mesto, saj otrok ne ve, ali je tisto, kar vidi, resnično ali ne. Tesnoba, ki jo izzove »slon« pri otroku, lahko posledično pripelje do negotovosti glede lastnega doživljanja in občutkov (Kroll in Taylor, 2003).

6.1 Vzgoja in občutki krivde

Intervjuvanke so pri vzgoji navajale predvsem težave pri postavljanju mej in popuščanje, kar je največkrat posledica občutkov krivde. Prav tako so večkrat navajale pomanjkanje energije za ukvarjanje z otrokom, ki je bila lahko posledica uživanja drog ali pa vzpostavljene abstinence, težav v duševnem zdravju (depresija) ali drugih socialnoekonomskih dejavnikov tveganja. Keltenbach (1999) trdi, da je treba upoštevati vsa tveganja, ki imajo vpliv na materinstvo. Pogosto gre za preplet različnih dejavnikov tveganja, katerih rezultat je uživanje drog in več težav v družinskem življenju.

V ospredju intervjujev so bile želje, da bi otroka vzgajale drugače kot njihovi starši, še zlasti če so same imele negativne izkušnje iz otroštva. Na različne načine se trudijo, da bi naredile, kot je po njihovem prepričanju najbolj prav oziroma kolikor zmorejo. Nekatere pa so navajale stisko in skrb pri vzgoji, ker so se zavedale svoje nemoči in pomanjkanja znanja in veščin, kako bi ravnale drugače. Ena od raziskav je pokazala, da imajo matere manj znanja o ustreznem negovanju otroka in pričakovanih razvojnih mejnikih pri otroku. Imele naj bi več težav pri prepoznavanju, katere so otrokove potrebe, in se težje prilagajale razvojnemu obdobju otroka. V takih primerih lahko starši od svojih otrok pričakujejo preveč in jim pripisujejo zmogljivosti, ki jih otrok razvojno ne zmore doseči. Starši imajo lahko zaradi

aktivnega uživanja drog ali abstinenčnih simptomov kognitivne primanjkljave in zmanjšano pozornost (Pajulo in drugi, 2010).

Popuščanje in nepostavljanje mej

Najpogosteje matere prepoznavajo, da imajo pri vzgoji težave pri popuščanju in postavljanju meja. To je lahko povezano s samim uživanjem drog in pomanjkanjem energije, z občutki krivde ter s tem, da se težje soočajo s frustracijami. Čeprav se zavedajo, da to na vzgojo ne vpliva pozitivno, ne zmorejo ravnati drugače, saj nimajo dovolj lastnih veščin in izkušenj (Prindle in drugi, 2018). Pri postavljanju mej pri vzgoji imajo pomembno vlogo prav občutki krivde, ki nekatere spremljajo že od nosečnosti. Povezani so s situacijami, ko niso dovolj dobro poskrbele za otroke, ko so odsotne od doma ali pa ko je otrok nameščen v rejništvo. Prepričane so, da takrat, ko so prisotne, ne sme biti neprijetnosti, zato se mejam želijo izogniti (*»To je bil bolj na ta način, da pri meni ni bilo nobenih obveznosti. Uspelo ji je bolj pri meni, kot pri njemu, ker je on tisti ta hud, on postavlja meje, jaz pa sem tista mamica, ko vse pusti, tiste dva dni ko sva se vidli.«*)(AVP SS 34). Težje jim je tudi postavljati meje, ker se bojijo, da bi bil otrok nanje jezen, žalosten, ker to težko prenesejo, in zato popustijo. Strah jih je, da bi se otrok od njih še bolj oddaljil. Še posebno je bilo to razvidno pri tistih intervjuvanih materah, ki so bile v manj intenzivnem odnosu z otrokom (*»Nisem bila v taki vlogi, ker nisem hotela tega, ker sem vedela, da bom odnos poslabšala. Karkoli je ona meni rekla, sem jaz pol se nekak z njo pogovarjala, kot prijateljica, ne kot mama. Ko sem jaz nehala, je bila vesela, pol ni bla, to je bilo tudi za njo sprememba, da sem jaz začela zdaj njo mal bolj terat. Prej je bila bolj tv, sem kuhala, jaz sem jo razvajala, bomo malo tv gledale, sem si jo tako prikupila.«*) (AVP PS 15).

Tudi otroci se hitro naučijo, da starši na koncu popustijo. Ob tem so nekatere intervjuvanke navajale nemoč in občutek, da so jih otroci prevladali (*»Bila sem preveč popustljiva. Nisem znala postaviti meje. Tega se zdaj zavedam. Recimo, za kako stvar sem znala reči trikrat ne, četrtič pa imej. Nisem znala mej postaviti. Vedno sem jaz bila v podrejenem položaju, namesto obratno. Kot da me je on vodil, ne jaz njega.«*) (AVP SS 18).

Respondentke težje zdržijo ob postavljeni meji, če otrok joče, kriči. Pri tem lahko sklepamo, da imajo matere manj samozaupanja v to, da bi zmogle prenesti neprijetno situacijo in znati otroka umiriti (*»Še njena otroška psihologinja je rekla, da je taka, ker jaz preveč popuščam. Ne, če se nekaj reče ne, je ne in jaz ko vidim da se ona joče, potem se mi zasmili. Mogoče sem premalo stroga, preveč popuščam in potem mi dobesedno hodi po glavi. Ona se bo pol ure*

drla, če ona hoče nekaj imet v trgovini.«) (RNP PS 28)/ (»Tudi jaz sem preveč popustljiva in potem sem jezna na sebe, ker vem da delam narobe in potem je še hujše. Popuščam na primer rečem, zdaj pa če ne boš nehala, bo pa kaznen, potem je pa ni. Rečem, zdaj pa ne boš gledala risank dva dni, pol pa jih dobi čez en dan, pa tako. Preveč popuščam.«) (RNP PS 28). Ena od mater se je odločila za zdravljenje tudi zato, da bi se naučila postaviti meje otroku (»Jaz se bi rada tega naučila, kako postaviti mejo, kako ne popuščat, ker imam občutek, da mi bo zrasla čez glavo. Mislim, da bo ona imela problem, ne jaz, oziroma obe. Obrača me tako ali tako, saj obračajo te skoz, so zmeri korak pred tabo. Zato, ker je zmeraj bolj močna, zna izrazit svojo voljo. In potem včasih ne veš drugega, kot zadreti se. To pa mi je najhujše, tega pa prav ne maram, ker vidim, kako se ustraši, ko se zaderem. Jaz se zaderem, tako da se ustraši mrtev. In včasih se ustraši in gre v jok.«) (RNP PS 3).

Mej ne postavljajo tudi zaradi tega, ker jih je strah, kako bo reagirala okolica, če se bo otrok jokal. Sklepamo, da je v ozadju tudi skrb, da bi jokanje povezovali z njeno odvisnostjo in posledično z neustreznostjo pri vzgoji, kar vodi v še dodatno popuščanje. Strah jih je, da ne bi bile pred drugimi videti kot slabe, neustrezne matere (»Ker jih moti, ker ob 10. uri mora biti mir v bloku. Pa tudi enkrat se je hčerka jokala, takrat jo je uho bolelo in to se je drla, drla, drla in so prišli gor in so rekli, da bodo socialno poklicali, ker so rekli, da kaj mi delamo z otrokom. To je tudi tisti strah, samo ne se jokati, kaj če bo kdo prišel. Jaz vem ne znam tega povedati, samo nehaj samo za voljo njih. Zato tudi ne zdržim. Po moje če bi bila kje na samem, bi jo pustila naj se dere.«) (RNP PS 28).

Ena od respondentk, ki je bila v času intervjuja vključena v obravnavo, je povedala, da nepostavljanje mej ni bilo povezano s tem, da tega sama ni bi takrat zmogla, ampak pod vplivom substanc ni imela ne volje in energije, da bi se s tem sploh ukvarjala (»Meni mi ni bilo težko postaviti mejo, Jaz jo nisem postavila, ker se mi ni dalo postavljati, ne pa to, da bi se mi smilil otrok. Jaz, ko sem se začela postavljati meje, se je metala po tleh ampak ne, je ne, tudi če se je metala po tleh sem vztrajala, drugim je problem, tu pri meni ni to problem.«) (AVP PS 2).

Druge pa so navajale, da so s tem, ko so drugi prevzeli vlogo vzgoje njihovega otroka (stari starši, rejniki, partner), same začele bolj popuščati, saj so odgovornost za postavljanje mej prepustile drugim (»Pa mogoče svojim otrokom znam potem premalo postaviti tudi meje. To mi zdaj malo bolj paše, da jih malo bolj mama postavlja. Saj, ko sem jaz tam, saj glede učenja s sinom pa to, ona reče da mora narediti naloge.«) (AVP SS 16).

Tudi otroci se hitro naučijo, da matere na koncu popustijo, tj. ne zmorejo zdržati pri postavljeni meji ali da so pri tem negotove, saj težko zdržijo pritisk otroka (*»Jaz že zdaj vem, da delam polno stvari narobe. Pri vzgoji, jaz na primer teoretično vem, kako pa kaj. On bo zjutraj rekel; »Mami jaz bom kakav«, pa mu naredim kakav, pa v posteljo prinesem, pa slamico dam noter. Pa zvečer mu prinesem, to vem, da sem jaz nora ... prinesem lonček in ščetko, pa si on zobe opere, pa jo odnesem stran. Pa ne vem, ga vprašam, imaš kej za domačo nalogo, reče to pa to, mu prinesem torbo, mu jo jaz odnesem. Pride domov, se sezuje, pa pusti tam, pa jaz odnesem. Ne vem kaj naj vam rečem, jaz enostavno nimam živcev, ne zdržim ostati v tem. On zna, kako naj vam povem, da če mu jaz zdaj neki vzamem, da je to treba narediti, on bo tako gnjavil, da jaz vam ne znam povedat. Trma, pa bo šel zanalašč psa buditi, da bo hotel it ven, pa bo prišel, pa špikal, daj no saj veš, da ti ne bom dal mira in jaz enostavno živčna, ne morem.«*) (RNP PS 31)/ (*»Ona se bo začela igrat skupaj z mano, ko vidi da moram posodo umiti od kosila, ker jaz imam rada, da se sproti pospravi ... Ona bo takrat največji vik in krik zagnala tako, da ve, da bom vse skupaj pustila in se šla z njo igrat, kar ne bi smela. Mogla bi pustiti, da se joka.«*) (RNP PS 28).

Popušcanje pri učenju

Matere so poročale, da so se z več težavami pri vzgoji začele soočati takrat, ko je šel otrok v šolo, ko je bilo potrebne več strukture in bolj trdne meje ter prevzemanje večje odgovornosti do opravljanja obveznosti (*»Meni je težje, ko je večja. Meni je bilo lažje, ko je bila majhna. Res, kaj pa jaz vem, jaz sem tako rada delala, vse sem polikala prej, pa vsak slinček ... Težje je tudi zaradi šole, ker prej do 3. razreda je še šlo, tudi ocen še ni bilo ... Ja, meni je težje. Zdaj je šola in te obveznosti, ja več obveznosti, prej pa je bil tisti vrtec. Res zdaj bo kmalu z branjem začela, zdaj še s tem se ubadat. To ni enostavno.«*)(AVP PS 1). Šola je tudi najpogosteje prostor, kjer se začnejo intervencije CSD, saj se začne tudi bolj prepoznavati problematika v družini. Nekatere matere uporabnice drog težje vzdržujejo strukturo, rutino, zato otroci pogosteje izostajajo od pouka in hodijo v šolo nepripravljeni (Pajulo in drugi, 2010).

Prav tako je pri vzpostavljanju učnih navad pri otroku potrebna večja zavzetost in vztrajnost staršev, česar pa nekatere matere niso zmogle doseči. To lahko povezujemo tudi z nižjim samospoštovanjem, ki se lahko kaže v negotovosti pri opravljanju nekaterih starševskih dolžnosti (*»Nisem se znala prav postaviti v vlogo starša, da bi rekla zdaj je tako in pika. Edino kar je bilo, kar se tiče čistoče umivanja zobkov, to ja, ni bilo nikoli problema, sva se*

zmenila, do te ure, pa prideš domov... Ko je bilo učenje na vrsti so bili problemi. Enostavno nisem zmogla. Ful je imel odpor do učenja. Jaz mu nisem znala pokazat kako naj se uči.» (AVP SS 18).

Opravljanje domačih nalog namesto otrok je tudi način, s katerim so si olajšale obveznosti, ker niso imele energije in potrpežljivosti, da bi vztrajale (*»Nisem znala toliko postaviti mej, pustila sem več stvari, ker ni bilo prave energije. Samo, da sem imela mir, je bilo pomembno. Sem kuhala, je sin delal naloge in namesto, da bi ga pustila, sem mu šla prehitro pomagat, pa mu še kakšen rezultat povedat, namesto, da bi sam.«*) (AVP SS 14).

Pasivno preživljanje prostega časa

Predvsem takrat, ko matere nimajo energije in volje za ukvarjanje z otroki (med abstinenčno krizo, depresijo, učinki posameznih drog ...), so ti prepuščeni pasivnemu preživljanju prostega časa (gledanje televizije, računalnik, lego kocke). To je problem predvsem pri tistih družinah, kjer ni drugih skrbnikov (*»Ko sem vzela preveč, sem ji dala risanke gledat.«*) (AVP PS 1). Otroci so takrat lahko več časa brez nadzora odrasle osebe, kar lahko ogroža predvsem novorojenčke in malčke pa tudi starejše otroke, saj to lahko vodi v beganje od doma, prevzemanje skrbstvene vloge za sorojence, težave v šoli.

Kupovanje materialnih dobrin

Pogosto je pri uporabnicah drog prisotno tudi kompulzivno kupovanje, ki se je skozi intervjuje izkazalo kot strategija za kompenzacijo z občutki krivde zaradi uporabe drog (*»Imam tudi težave pri postavljanju meja, ampak samo zato, ker sem imela slabo vest. Če sem si šla kupit za 50 g heroína, kokaina, sem tudi kupila svojemu malemu za 50 evrov. S tem sem se oprala. Saj sem mu s tem naredila škodo, ampak sem si oprala dušo. Če sem sebi kupila, sem kupila tudi njemu, tako, da ni si mi zgodilo, da bi bil on prikrajšan.«*) (RNP SS 24). To je najbolj viden način, kako otroku pokazati, da je pomemben, in strategija, kako izravnati svoja dejanja (odsotnost, pasivnost). Je lahko dokaz sebi in drugim, da ne gre denar samo za drogo, ampak tudi za otroka. Uporabnice drog tako velikokrat vlagajo tudi v zunanji videz otrok, saj je to viden dokaz, da dobro poskrbijo zanje (*»Sem jih vse lepo uredila, ko so imele rojstni dan. Tudi zdaj jim kupim oblekice v Bosni, pa tudi jim zmeraj nekaj prinesem. Dosti kupujem stvari za otroke, puščice vse.«*) (RNP R 10).

Ena od respondentk prepoznava, da kompulzivno kupuje igrače, tudi prek svojih zmožnosti (*»Jaz bi lahko imela vrtec, toliko igrač imam doma. Sem udarjena na kupovanje. Preveč kupujem, to bi se tudi tukaj rada odvadila.«*) (AVP SS 7). Kupovanje materialnih dobrin je tudi kompenzacija za čas, ko so aktivno uživale droge in niso zmogle dati otroka na prvo mesto (*»Pri starejšem sinu, takrat ko me je mogoče najbolj rabil, sem se začela drogirati in potem se mi je zdelo, da sem hotela z materialnimi dobrinami kompenzirat, da sem mu več nudila, več dovolila. Hvala bogu je taki boj miren fant, ni to izrabljaj, ni neki divjak, ni toliko slabega odnesel. Če bi bilo to danes, ne bi tako delala, bi mogla več časa aktivno z njim preživeti, ne pa mobitel, play station, mobi igrice ... Pri njemu pa sem in to res masivno. To je bi bolj neka tolažba, ker nisem prav delala takrat, pa sem hotela to kupit.«*) (RNP PS 27).

6.2 Uporaba drog kot družinska skrivnost

V raziskavi ugotavljamo, da je skrivnost in zanikanje uporabe drog del družinske dinamike, ki pa se pri otrocih izraža z občutki tesnobe, zmedenosti in izkrivljanja realnosti. Dinamika zanikanja, zmedenosti postane osrednji protagonist v družini, kjer vsi člani delujejo okoli njega in v zvezi z njim. Otroci so že od zgodnjih let spodbujeni k temu, da sprejmejo pravilo, da »ne govorijo« oziroma da »ne bi povedali« (Kroll, 2006). Vedo, da se družina vrti okrog nečesa, vendar o tem ne morejo vprašati. To pravilo v družini ostaja tudi po tem, ko ugotovijo, da je droga tista, ki je v središču družinske dinamike (Bernard in Barlow, 2003). Vendar kot poudarjata Kroll in Taylor (2003), dlje ko traja kultura zanikanja in skrivnosti, težje je vstopiti v družino in jo razkriti. Glavna značilnost družinske skrivnosti je po mnenju Tomori (1994) ravno v tem, da članom družin sploh ni neznana, čeprav jo vsi skrbno varujejo. Je načrtno prikrivanje informacij. V to je lahko vpleten en član družine ali pa jih za skrivnost ve več (Rober, Walravens in Versteijnen, 2012). Družinske skrivnosti so lahko zasnovane tako, da ima tisti, ki jih pozna, lahko velik vpliv na preostale člane družine, saj ima pomembne informacije, ki jih zadržuje zase. V vsako družinsko skrivnost sta vpleteni najmanj dve osebi, in sicer tisti, ki ve za to skrivnost in jo prikriva pred drugimi člani, in tisti, ki za skrivnost ne ve, saj je ta informacija pred njim skrita (Imber-Black, 1997). Družina in njeni člani imajo tih dogovor, da se o tem ne pogovarjajo. Posledično se tudi obnašajo tako, kot da o skrivnosti ne vedo ničesar (Tomori, 1994). V družini se ponavadi prikrivajo skrivnosti, ki ne spadajo v njihov vrednostni sistem, Razkritje pa bi lahko družinskim članom povzročilo trpljenje (prav tam). Smart (2011) predvideva, da so družinske skrivnosti način za ohranjanje družinskih odnosov in družino branijo pred močnimi zunanjimi vplivi. Vse skrivnosti in njihove različne oblike pa vedno delujejo na enem samem prepričanju, da obstajajo samo tiste

stvari, o katerih se ljudje pogovarjajo, druge pa ne. Starši pogosto opravičujejo svoje ravnanje s tem, da to počnejo za zaščito otrok, za njihovo dobro. Satir (1995) to poimenuje kot skrivnosti odraslih, ki se ponavadi začnejo s stavki, da otroci niso še dovolj veliki ali zreli, da bi jim zaupali svoje odrasle skrivnosti (Satir, 1995). Kadar se o družinski skrivnosti ne govori, se lahko ustvarijo različni miti, eden od teh je, da je družina brez skrivnosti. Kondrad (2005) je to poimenoval koncept nevedenja, kjer se ljudje vpletejo v aktivno nevedenje o družinskih stvareh, ki so potencialno moteče. Družinski člani so naučeni, da o določenih temah ne sprašujejo, in tako ostane skrivnost zatrta in prikrita vedno znova (Rober, 2012).

Prikrivanje, izkrivljanje

Otroci pogosto govorijo o odvisnosti v družini kot o fenomenu zaprtih vrat in občutkih, da so se v družini ves čas počutili utišane in izključene, kar pri otroku pripelje do občutkov nezaželenosti, zavrženosti in nepomembnosti. Ker tudi otroci ves čas delajo na tem, da skrivnost ostane skrita, so pogosto počutili oškodovane, saj nihče ni prepoznal njihovega truda (Kroll in Taylor, 2003). Čeprav matere poskušajo narediti vse, da bi uživanje drog prikrile pred otroki, pa ti že zgodaj prepoznavajo razlike v njihovem vedenju, razpoloženju. Sicer ne vedo, da mati uživa substance, vedo pa, da se z njo nekaj dogaja (Kroll, 2006). Tudi mlajši otroci zelo hitro prepoznajo spremembe in nihanja v razpoloženju in vedenju pri materi (*»Četudi te ne vidijo, vidijo, da si ti drugačna. Ko sem nakrizirana, otrok še več hodi k meni in se spet spremeni obnašanje, ko sem zadeta.«*) (AVP PS 12). Tudi ena od intervjuvank je ugotavljala, da njena dveletna hčerka že prepoznava nihanja v njenem razpoloženju, ko je in ko ni pod vplivom drog, in se na podlagi tega tudi odziva (*»Jaz bi mogla že prej iti na zdravljenje. Zdaj že opažam, da se drugače obnaša, da ko sem bila v krizi, tako sem jo videla, da je bila čisto tiho in čisto drugače je delovala. Se je takrat umaknila, ko sem jokala, je prišla k meni, pa govorila mama, mama, pa me objemala, pa ljubčke dajala. Je čutila, da nekaj ni v redu.«*) (RNP PS 28). Čeprav večina staršev ne uživa droge vpričo otrok, nekateri začnejo posnemati vedenjske vzorce, ki so povezani z uporabo drog (*»Čeprav ona mene nikoli ni videla jemati, edino enkrat, ko je bila majhna, ko sem kadila po foliji in ona se igra z enimi papirji in takrat je rekla, tako mami kadi. In od takrat naprej nisem hotela več pred njo kaditi.«*) (RNP SS 21). Predvsem pri starejših otrocih matere vse težje prikrivajo odvisnost, predvsem v času aktivnega uživanja drog, ko ne zmorejo več kontrolirati jemanja (*»Aktivno nisem uživala drogo pred njo. Edino to leto, ko sem Dormicume jemala, ko smo gledale TV,*

me je kar zmanjkalo, to je bilo 4 leta nazaj. Ti občutki krivde pa to, ja normalno, ko te vpraša: Mama kaj pa je, zakaj spiš. Ko sva gledali TV sem vzela Dormicum, ona je to že takrat opazila. Ona je že takoj čutila, da ni v redu, tudi če sem jaz skrivala in vse ampak se ne da vsega skrit.» (AVP SS 30).

Starejši otroci tudi pri materi želijo preprečiti jemanje »nečesa«, saj prepoznavajo, da njihovo početje vnese v družino konflikte in napetost (»Vedela je, da tablete jem. Ko so šli na vikend mi je rekla, pa mama, da ne bo še tablete doma jedla. To je slišala, ker smo se doma zaradi tega velik kregali.«) (RNP SS 33). Po drugi strani pa nekateri otroci prepoznajo, da starši težko vsakodnevno funkcionirajo, če ne vzamejo droge (metadon, tablet), oziroma doživljajo abstinencijsko krizo. Če so starši v abstinencijski krizi, so lahko razdražljivi, napeti, nimajo volje za igro in otroci prepoznavajo, da ko nekaj vzamejo, boljše funkcionirajo in so bolj odzivni (»Starejši sin misli, da sem imela težave s sokom, ki sem ga pila. On je to prepoznal. Pri osmih letih se je začel zavedati, da morata starša neki spiti. Rekel je »spita neki, da bosta boljše volje«. Ni rekel, ampak jaz sem to videla.«) (AVP SS 16).

Otroci se tudi hitro naučijo, o čem se v družini in zunaj nje ne govori (»Ona je vedela, da se nekaj dogaja z mano, ni me pa nikoli vprašala.«) (AVP SS 9). Ena od respondentk je pri svojem sinu želela doseči, da bi ji priznal, da ve za njeno odvisnost, saj je v družini večkrat slišal konflikte, ki so bili povezani z njenim uživanjem (»Skozi pogovor, mu tako rečem, da sem poskusila ampak vseeno govorim o pretekliku. Imam občutek, kot da noče tega slišat. Če ne drugo, sliši mojega očeta, ker on kriči. In ve. Moj oče me zmerja z narkomanko, to sliši. Ampak nikoli ne izusti, jaz včasih hočem, da mi včasih reče, kaj je rekel dedek. Vse živo je naštel, nikoli žal besede. Reče to, to, to. Ampak nikoli o te droge, noče povedati.«) (RNP SS 24).

Tudi v odnosu do strokovnih služb otroci vedo, da morajo skrivati in ščititi starše, oziroma se naučijo, kaj želijo slišati strokovni delavci, da ne bi prišlo do razkritja. Tukaj so tudi starši tisti, ki jih usmerjajo v prikrievanje in jim prepovedujejo, da bi karkoli razkrili. To pa lahko za otroka pomeni dodatno stisko in strah. Po mnenju Krolla (2006) pa je ravno zaradi tega v obravnavi treba paziti, da otrokove potrebe ne ostanejo prezrte in da se ne obravnavajo kot sekundarne, za potrebami staršev.

Dilema, kdaj in kako povedati otroku

Nekatere respondentke pred otrokom nikoli niso skrivale svojega uživanja drog, ker so ga na ta način hotele zaščititi pred tem, da bi resnico izvedel od drugih (*»Tudi če bi šla v New Orleans, bi mu povedala. Ker ti bo en dan prijokal domov, da je slišal od enega in še slišal bo kar ni.«*) (RNP PS 31). Prepričane so, da z odkritostjo do otroka preprečujejo potencialno jemanje drog in delujejo preventivno, ker otroci že zgodaj spoznajo, da je uživanje droge škodljivo, saj vidijo posledice uporabe drog pri njih (*»Sin ve, da sem na MTD. Jaz sem njemu kar hitro povedala. On zelo starejši deluje, ne vem, jaz nisem pred njim nikoli skrivala. Že ko sem šla v Ljubljano, sem mu že takrat povedala, ko je bil star 7 let. Je vedel, da je to nekaj, kar ni v redu. On zdaj že vse ve. Zdaj, ko so že leta taka. Po eni strani je dobro, da malo več ve kot drugi. In da je zelo težko in da to tako vpliva ... Mi je rekel na začetku: »Zakaj pa potem to jemlješ?« in spet poveš, da ne gre drugače.«*) (RNP PS 27).

Kljub temu jih večina pred otroki poskuša prikrivati uporabo drog oziroma o tem ne govori neposredno, ampak drogo poimenujejo drugače. Tudi otroci se naučijo, da dajo drogi drugo ime (sok, bomboni). Čeprav vedo, da mati nekaj uživa, ne vedo, kaj je to v resnici. Nekatere matere informacije prilagodijo starosti otroka. Včasih pa se jim zdi manj škodljivo, če govorijo, da uživajo tablete ali zdravila, ki so bolj družbeno sprejemljiva, saj jih lahko predpiše zdravnik in so zato manj stigmatizirana (*»Jaz sem ji rekla, da jem tablete, povedala sem ji, da jem zdravila.«*) (RNP PS 35)/(*»On mi odkrito pove, da pa daj mami nehaj ta sok pit. Veš kaj rabiš za normalno življenje, samo zdrave možgane. Nobenega soka ne rabiš pit zraven. Odkrito kaže odpor. Jaz sem mu povedala, jaz sem zelo skrivala stekleničke od MTD, saj veste kako so otroci, da ne moreš skrit. V bistvu me je on sam vprašal kaj je to. Potem pa sem mu odkrito povedala. On mi je dal jasno vedeti, ne rabiš soka pit. Skoz je kazal odpor do tega.«*) (RNP PS 31).

Tiste, ki jim po njihovem mnenju uspeva prikrivati uživanje drog, pa se sprašujejo, kdaj, kako in ali sploh povedati otroku za odvisnost. Tako je potekal dialog med dvema intervjuvankama (A: *»Sin ne ve da sem odvisna. Kdaj moraš ti njemu povedat?«* B: *»Kaj je treba povedat otroku?«* A: *»Seveda, kaj ni hujše, da izve od drugih, da ti pride iz šole in ti pove, da je izvedel.«* B: *»Misliš?«* A: *»Jaz sem mnjenja, da moraš povedat. Jaz sem mu zadnjič skušala povedat. Na internetu je ena zelo dobra varianta, je za drogo in proti drogi. Je kazalo punce, ful lepe in ful grde in potem sem ga spraševala in mi je povedal, kje so bili en dan, da so šli kamor se zbirajo odvisniki. Me je zelo prestrašilo, sem mu rekla, da ne smejo hodit tja. Nisem mu mogla povedati zase.«*) (RNP SS 24 in RNP R 23).

Večkrat je matere tudi strah, kaj se bo zgodilo, ko bo otrok izvedel resnico, zaradi tega tudi odlašajo z razkritjem (*»Se zelo obremenjujem s tem, kako bo, ko bo znala brat, kaj bo, ko bo malo starejša, ko bo enkrat videla ali pa slišala, kako povedati to. To me skrbi, kaj če zve, ali pa bo doma videla, da je nekaj narobe s tabo. Sigurno nisi tako aktiven, kot zdaj na tem, me je strah že zdaj. Tako skrivam, ko grem na MTD.«*) (RNP PS 28). Predvsem jim je težko spregovoriti z odraščajočimi otroki, ker so dolga leta prikrivale in iskale izgovore za svoja dejanja in vedenje. Strah jih je, kako bo otrok reagiral na dolgoletno prikrivanje ter da bodo izgubile zaupanje. Ena od mater je želela prej doseči abstinenco, šele potem bi lahko najstniškemu sinu razkrila skrivnost (*»Tudi sin starejši ne ve. Ve, da mu je oče umrl in ve, zakaj mu je umrl. Ve, da v tistem času, ko sva bila skupaj, da sem tudi jaz, za zdaj pa ne ve. MTD skrivam, da ga kdo ne najde, niti ne sluti. Tudi če bi me tu srečal, bi rekla, da sem v laboratoriju. Jaz upam, da mi bo uspelo. Jaz ko si nekaj zastavim sem trmasta. Zdaj znižujem počasi, potem pa mu bom verjetno povedala.«*) (RNP PS 27).

6.3 Ranljivost otrok mater uporabnic drog

Kot smo že poudarili na začetku poglavja, večina staršev oziroma mater uporabnic drog poskrbi za svoje otroke, vendar so te družine najbolj zastopane pri poročanju socialnega varstva o zanemarjanju. Solis, Shadur, Burns in Hussong (2015) ugotavljalo, da je tveganje za zanemarjanje še posebno visoko pri majhnih otrocih, ki so tudi najbolj zastopana skupina na področju varstva otrok. Zanemarjanje je neskrbno ali neustrezno ravnanje staršev ali skrbnikov, ki ne zadovoljijo telesnih, fizičnih, psihičnih in čustvenih, kognitivnih, izobraževalnih ali socialnih potreb otroka ali jih zadovoljijo na neustrezen način. Otroka ne zaščitijo pred možnimi nevarnostmi in z njim ne ravnajo starosti ustrezno, kar otroku povzroča škodo. Zanemarjanje lahko ogroža življenje otroka in negativno vpliva na njegovo zdravje in psihosocialni razvoj. Starši zanemarijo otroka tudi v primerih, ko ignorirajo, zanikajo ali izkrivijo informacije, povezane z otrokom, ob katerih bi morali ravnati v smeri njegove zaščite. K telesnemu zanemarjanju sodi tudi zdravstveno zanemarjanje, ko starši otroku odrečejo ali prepozno poiščejo potrebno zdravstveno oskrbo in pomoč na področju telesnega in duševnega zdravja (DNK, 2015). Zaradi prioritete droge oziroma z njo povezanega življenjskega sloga so lahko otroci ogroženi na različne načine, kot so izpostavljenost kriminalu, revščini, nasilju (Hogan, 1998). Lahko so izpostavljeni različnim poškodbam zaradi neustreznega starševskega nadzora, obstaja možnost zastrupitve zaradi

dostopnosti do droge, pri vbodu z iglo obstaja nevarnost okužbe. Otroci so lahko izpostavljeni travmatičnim dogodkom, kot so aretacije staršev, predoziranje pri starših itd.. Hude oblike zanemarjanja otrok so najpogosteje povezane z aktivnim uživanjem drog pri starših, družinskim nasiljem v kombinaciji s težavami v duševnim zdravju in kriminalno preteklostjo (Forrester in drugi, 2012).

Ogroženost, zanemarjanje in nasilje

Večina intervjuvanih mater ni poročalo o tem, da bi otroke neposredno izpostavljale fizičnemu in psihičnemu nasilju, prav tako niso govorile o zanemarjanju²³ ali neustrezni skrbi za otroke, čeprav so bili nekateri otroci prav zaradi tega tudi odvzeti. Nekaterim je prav lastna izkušnja nasilja iz otroštva pomagala, da so razvile večjo senzibilnost na kakršnokoli nasilje nad otrokom (*»Tepena sem bila non stop, tako da ni kar ni. Oba sta me tepla. Moja hčerka nikoli ni bila tepena, res, ona sploh pojma nima kako je.«*) (RNP SS 21)/(*»Samo jaz sem bila toliko tepena kot otrok, da ne morem enostavno jo res udarit. Jezna sem na nekoga, če jo malo po glavi udari. Bilo kaj.«*) (RNP PS 3).

Poročale pa so o fizičnem in psihičnem nasilju predvsem partnerjev (otrokovega očeta ali novega partnerja) nad otroki, ki so bile tudi same izpostavljene. Najpogosteje je bil otrok priča nasilnemu vedenju partnerja nad materjo, sam pa je bil pasiven opazovalec. Gre za pogosto obliko trpinčenja otroka, ki pa je redko obravnavana. Nekateri avtorji te otroke imenujejo tihe in pozabljene in nenamerne žrtve nasilja med odraslimi. Nekateri raziskovalci so opozorili, da imajo otroci več posledic, če so bili hkrati žrtve in priče nasilja, kot če so samo žrtev ali samo priča nasilja (Kitzman, Gaylord, Holt in Kenny, 2003). Zakon o preprečevanju nasilja v družini (Uradni list RS, št. [16/08 ZPND](#), [68/16](#) in [54/17](#) – ZSV-H) opredeljuje, da je otrok žrtev nasilja, tudi če ni neposredno izpostavljen nasilnim dejanjem, ampak je prisoten pri izvajanju nasilja nad drugim družinskim članom (ZPND, 4. čl.).

Tri respondentke so spregovorile o tem, da je bil tudi otrok neposredno izpostavljen nasilju njihovih partnerjev (*»Enkrat mi je hčerko dvignil za vrat, takrat sem ga udarila, iz pete ven sem potegnila res. Sem rekla, tole pa si ti ne boš dovolil. To je bilo enkrat samkrat. Jo je, ampak dovolj. Ni je udaril, jo je dvignil. V višini svojih rok. Jaz sem bila v kuhinji, sem kuhala, jaz sem slišala samo vrisk, jaz sem priletela in sem mu dala tako klofuto. In je samo*

²³ Zanemarjanje je oblika nasilja, kadar oseba opušča dolžno skrb za družinskega člana, ki jo potrebuje zaradi bolezni, invalidnosti, starosti ali drugih osebnih okoliščin (ZPND, 3. čl.). Nekatere oblike zanemarjanja so: neustrezno prehranjevanje, pomanjkljiva skrb za otrokovo zdravje, pomanjkljiva skrb za urejenost otrokovih oblačil in higijene, onemogočanje, da se otrok izobražuje.

glavo dal dol, ker je vedel, da je narobe naredil. Ne vem, kaj sta imela. Ni bila njegova. Takrat je letel, kot je bil dolg in širok. Ven sem rekla, to pa si ni moreš dovolit.» (RNP SS 30).

Ena je poročala o psihičnem nasilju, ki ga je partner ves čas izvajal nad otrokom in nad njo (»Partner do hčerke je bil psihično agresiven. »Brcni tam mamo, ker je neumna.« Zelo grdo je delal z njo, ko sem jo dala spat, je rabila veliko časa, da se je umirila zvečer. Njemu se ni dalo niti enega čevljička jo obut. Tako, da sem bila jaz sama. Sredi noči gledamo TV, jo je začel ščipat, da se je zbudila, da bi mene zafrkaval, da sem jo jaz mogla spet umirit. Ona se je potem razigrala, tam z njim in pol mi je rekel: »Na, daj jo spat.« Sem mu rekla, da ne more zbuditi otroka sredi noči.«) (AVP PS 1).

Intervjuvanka, ki je odšla od agresivnega partnerja, je opazila, da je po odhodu hčerka napredovala in nima več težav s spanjem, prepoznavala je, kakšne posledice je imela agresija na otroka (»K psihologinji hodi dvakrat letno in je tudi rekla, da zdaj ko sva pri mami, da napreduje, da se ji vidi, da napreduje. Zdaj tudi spi, ker prej ni spala, prej je bila duda in sok, ker so bili skoz konflikti.«) (AVP PS 20). Nekatere respondentke so potrebovale več let, da so zmogle oditi od nasilnih partnerjev, kar pomeni, da sta imela tako otrok kot mati večletne izkušnje zlorab in nasilja. Družinsko nasilje je eno največjih tveganj, ki so povezana z odvisnostjo pri starših. Največje tveganje za družinsko nasilje naj bi bilo pogostejše pri uporabnikih alkohola ter pri uporabnikih amfetamina in kokaina (Tunnard, 2002; Chan, 2012).

Večinoma so respondentke zanikale, da bi bil otrok zaradi njihovega uživanja drog kdaj neposredno ogrožen, vendar so nekatere v intervjujih omenile posamezne dogodke in situacije. Tako je ena od mater povedala, da ji je enomesečna hčerka padla s postelje, ko je sama vzela večjo količino tablet in zakinkala. Takrat tudi ni poiskala zdravniške pomoči in ni nikomur povedala, kaj se je zgodilo, ker jo je bilo strah, da bi kdo prepoznal njeno odvisnost (»Ko sem enkrat zaspala poleg nje, je padla iz postelje, ko sem vzela tablete. Takrat je bila stara mesec dni, takoj sem se zbudila. Sem se zelo ustrašila. Potem nisem nikoli nikomur upala povedati. Sem se zelo bala, da bi bilo kaj narobe, sem pazila, da je kakšen znak. Bala sem se, da ne bi imela kakšnih notranjih poškodb.«) (AVP PS 12).

Intervjuvanka, ki je jemala večje količine substanc, je preventivno uživala drogo zvečer ali pa je dala otroka v lupinico, da ji ne bi padel iz rok. Prepričana je bila, da je tako zaščitila pred nevarnostjo (»Sanval sem jemala bolj proti večeru, da bi bila čez dan bolj sposobna delat.

Bala sem se, da je ne bi spustila iz otrok, ali pa sem jo dala v lupinico in prevezala. Metadon sem spila, mogoče en Sanval, dva, pol zvečer ko je zaspala, sem mogoče še kakšnega vzela.» (AVP R 11).

Ob vzpostavljeni abstinenci in v postopku obravnave so tudi nekatere začele bolj kritično gledati na uživanje drog in prepoznavati, da so otroka izpostavljale nevarnostim. Ena od intervjuvank je povedala, da je v pričo otroka jemala tolikšne količine drog, da sploh ne more oceniti, kolikšna je bila stopnja ogroženosti, saj se ni zavedela, kaj se okrog nje dogaja in kaj počne (*»Jaz se teh obdobj zelo težko spomnim. Veliko tablet sem jemala in sem se že drugi dan težko spomnila. Al je bilo prejšnji dan, ali je bilo en teden nazaj, sem izgubila občutek za čas. Nisem vedela ali jo šlo za 5 minut, ali je šla ena ura mimo. Nisem vedela, kakšen je dan. Izgubila sem občutek za čas, luknje sem imela. Še zdaj jih ne morem sestavit, da bi videla dogodke in slike, sigurno je bilo vsega, ampak jih težko zložim. Imela sem srečo, da se ji ni nikoli nič zgodilo.» (AVP PS 1).*

Intervjuvanke so tudi večkrat navajale, da so bile v stiku z drugimi materami uporabnicami drog priče temu, da je bil otrok neposredno ogrožen zaradi uživanja drog in z njim povezanega vedenja. Ena od njih je na sceni naletela na situacijo, ki jo je ocenila kot visoko ogrožajočo za otroke, zato je tudi starše prijavila na CSD (*»Imela sem v kleti drogo, mogoče tudi zato, ker sem videla pri drugih, kaj se je dogajalo. Imela sem sosedo ... in ti otroci so se mi smilili, so nosili inzulinske injekcije. Mi imamo tak svinčnik. Pa sem si mislila, joj ne.» (RNP PS 27).* Po mnenju strokovnjakov (Tunnard, 2002; Chan, 2012) je visoko tveganje za otroka tudi injiciranje drog pri starših in drugih uporabnikih, ki prihajajo na dom, in je povezano s številnimi tveganji, kot so predoziranje pri starših, izpostavljenost otroka rizičnim situacijam, kot so nečist pribor, dostopnost igle in droge, tveganje za okužbe (Tunnard, 2002). Pri tem je treba paziti, kje se shranjuje oprema za injiciranje, kako zaščititi otroke pred tem, da bi opazovali vedenje staršev pri injiciranju, in tem da ga ne bi posnemali. Na drugi strani pa lahko govorimo o ogroženosti otroka, kadar je izpostavljen abstinenci krizi pri starših, to pa je lahko tudi travmatična izkušnja, saj otrok vidi mater, kako trpi, se trese, poti.

Zamenjava vlog

V družinah, kjer je prisotna odvisnost, otroci pogosto prevzemajo odgovornosti odrasle osebe oziroma starša. Otroci prehitro odrastejo, prehitro začnejo skrbeti za druge, pa naj bo to za sorojence ali za starše, ali pa so jim dodeljene vloge, ki jim niso dorasli (Lander, Hawser in Byrne, 2013). Intervjuvane matere so večkrat navajale, da so jih predvsem starejši otroci, ki

so vedeli za njihove težave ali jih prepoznavali, spodbujali k zdravljenju in prenehanju uporabe drog, ker so jo prepoznavali kot škodljivo (*»Ona ve, da je oče v komuni, da sem jaz na zdravljenju. Ona reče, samo mama ne zbežat. Daj enkrat to narediti, ker bomo imeli potem boljše prihodnost in vse. Ja, ker včasih se pogovarjava kot s 50 let starim človekom, res.«*) (AVP SS 38). Pogosto so tudi v vlogi skrbnikov in nadzornikov svojih staršev in pri tem doživljajo hude stiske, saj velikokrat ne vedo, kje so starši, kaj počnejo, strah jih je, da bi se staršem kaj zgodilo (*»Ko me je poklicala, sem bila po telefonu dosegljiva in je rekla; Ja mami, kdaj prideš. To sem zdaj pogruntala, da je ona skrbela zame, ni ji bilo vseeno in verjetno ima slabe spomine na to.«*) (AVP PS 9).

Otroci v družini večkrat tudi sprejmejo vlogo zaveznika matere, ker pred svojci, institucijami skrivajo in prikrivajo dejansko stanje v družini (*»Pri nas tako zgleda, kot da je on meni mlajši brat. On mi reče, ne povedat dedku. Za bivšega partnerja sem mu enkrat rekla, ko se nam je neki pokvaril avto, sem rekla, ne povedat babici, reci ji, da sem jaz vozila. In zadnjič je bilo, sem rekla, za neko oblekico, neki sem mu rekla, naj ne pove. In je rekel: »Mama, če še danes nisem povedal za karter, pa je šest let mimo. Saj veš da ne bom.« Samo je neumno otroka učiti, da laže in da ne pove.«*) (RNP SS 24) ter želijo mater zaščititi pred nasiljem (*»Prejšnji teden mu je napisal, če še enkrat položiš roko na mamo, te bomo poiskali s prijatelji. On me hoče zaščititi.«*) (RNP SS 9). Ta isti otrok se je odselil od matere k njenim staršem in bratu, ker je sam ocenil, da je tam okolje zanj bolj varno in ustrezno (*»Ko mi je rekel, glej mami, zdaj je boljše tako, kot je, da sem jaz pri stricu, ker mi on pač postavi mejo, ni mi rekel s temi besedami, rekel je, da pri njemu je doslednost pa to, kar mu jaz nisem znala dati.«*) (RNP SS 9).

Nepredvidljivost

V družinah je pogosteje prisotna tudi nepredvidljivost ter občutki nevarnosti in negotovosti (Lala, Straussner in Fewel, 2011). To lahko povezujemo z nihanjem razpoloženja pri materi, kar otroka zbega in poruši stabilnost in varnost. Otrok ne ve, kako se bo mati v danem trenutku odzvala in kako bo na določeno situacijo odreagirala, saj se v družini dogajajo tudi nepredvidljive situacije, kot so odhajanje in prihajanje od doma (zapuščanje), težave v duševnem zdravju, nasilje, intoksikacija, abstinenčna kriza. Starši so večkrat odsotni zaradi zdravljenja, aktivnega uživanja drog, novega partnerja, zato se otroci večkrat počutijo zapuščene. Velikokrat jim tudi neizpolnjene obljube prinašajo dodatne stiske (*»Nisem hotela spet hodit domov in potem proč na zdravljenje in tako in potem zaradi šole. Zaradi nje, da jo*

zopet ne prizadenem, vznemirjam.» (AVP SS 38). Otroke je tudi strah, da bodo materam odvzeti, saj dobijo določene informacije iz okolice, velikokrat ne vedo, kaj se bo zgodilo z njihovo družino (»Enkrat, ko je bila ona na vikendu pri mamici, je prišla in je začela; »Veš kaj, babi mi je rekla, da če boš spet začela pit MTD, da me bodo vzeli.« To se mi je toliko za malo zdelo, sploh ne vem, kako je to sprejela, ali je bila v strahu ali kako. Po moje se je malo bala, ker je bil tudi tukaj en primer, ko je bila hčerka zraven, ker je bila ena punca z dojenčkom, ko je prišla sem in je tukaj nekaj manipulirala in je prišla socialna in so je vzeli. Tudi mene je takrat stisnilo. ona je to videla in je vprašala in jaz sem ji povedala. Verjetno je bil kakšen strah, da me bo izgubila.«) (AVP SS 18).

Če imajo otroci že izkušnjo, da je mati že odšla, jih je vedno znova strah, da se bo to ponovilo in da bodo ponovno zapuščeni (»Enkrat me je celo udarila, ko sem nesla smeti dol in so bile s sestro same v stanovanju. In sem zunaj cigaret pokadila in je znorela, ker je mislila, da so same ostale. Pet minut me ni bilo, ker sem cigaret pokadila. Saj to sem res grdo naredila. Njej se je utrgalo. Kam sem šla, kje je mami. Rekla si, da smeti neseš, to v minuti opraviš.«) (AVP R 7). Ena od respondentk je opisala dogodek, kako se je sredi noči impulzivno odločila, da gre po drogo, ker ni več obvladovala želje (»Ko sem postala odvisna, je bilo tako, sem rekla, zdaj pa ne grem ven. Hčerka je bila pri meni, ampak se je zgodilo, je bila ura ena ponoči, ko se je začelo sprožat. Se nisem mogla ustavit. Sem bila prepričana, da bom doma, da ne grem nikamor, je spala. Enostavno sem se oblekla in šla.«) (AVP PS 35).

Nenadni odhodi matere lahko za otroka pomenijo travmatično izkušnjo. Ena od mater hčerke ni videla že tri leta. Ko so partner in njegovi starši izvedeli za drogo, je morala nemudoma oditi in se od hčerke ni niti poslovila (»Jaz sem ji bila ves čas za ritjo, ko je začela hodit. Preveč sem jo imela na sebi navezano. Je mogla bit v šoku, ko me ni več videla. To se je čez noč zgodilo, oni so zvedeli in sem mogla iti. Zadnjič sva se videli, ko je bila stara 4 leta. Tri leta jo nisem videla.«) (RNP SS 12).

»Prednost si dala drogi«

Matere so navajale, da so v določenih obdobjih zaradi aktivnega uživanja drog otroka dale na drugo mesto (»Glede na to, da si mamica, v tem trenutku ti droga pomeni velik več.«) (AVP SS 29). Nager in Prinz (2015) to utemeljujeta s tem, da droga in skrb za otroka tekmujeta med seboj za starševsko pozornost, in sicer starš ne more v celoti vlagati ne v eno ne v drugo stran, posledica pa je zmanjšana skrb za otroka. To se dogaja takrat, ko so prisotni abstinenčni znaki, in tudi v času akutnega uživanja drog (»Če ne bi jemala droge, bi imela več časa zanjo,

prej mi je vse drugo šlo po glavi. Jaz sem jo bolj prepustila dedku in babici. Zaradi tega me sploh ni upoštevala dosti.» (RNP SS 33). Čeprav si mati želi skrbeti za otroka, je želja po drogi močnejša in tekmuje z drugimi (Pajulo in drugi, 2010). Kasneje v postopku obravnave ali ob vzpostavljeni abstinenci, ko se matere začnejo soočati s tem, da so v določenem obdobju dale prednost drogi, pa lahko sledijo hudi občutki krivde, ki lahko spet vodijo v recidiv (*»Prav smilila se mi je, mi je rekla mami, mi boš zdaj prebrala eno pravljico. Ja najprej sem se šla zakadit in potem se mi ni nič dalo, če sem bila zakajena ali pa nisem bila zakajena, se mi ni nič dalo. Že takrat se mi je ful smilila, ampak nisem mogla, in se mi je tako smilil otrok.» (AVP SS 1).*

Starejši otroci materi pogosto očitajo, da je dala prednost drogi pred materinstvom oziroma pred njimi. Kot poudarjajo Pajulo in drugi (2010), se predvsem v obdobju aktivnega uživanja drog pri materi otroci večkrat počutijo nevidne, zato velikokrat razvijejo strategije izogibanja ter zanikajo lastna čustva in doživljanje. Z očitki so se srečevale predvsem tiste respondentke, katerih otroci niso odraščali z njimi oziroma so bili nameščeni v rejništvo ali skrbništvo (*»Imava kar v redu odnos, sicer je jezna name, ker pravi, da sem imela rajši drogo kot njo. Ne vem, če so njej drugi sploh razložili, kaj je sploh je to droga, kaj vse to pomeni, ne vem jo moram vprašat. Jaz ji nisem nič razložila, ker je ona mene presenetila. Po telefonu mi je to rekla, tako da moram enkrat sploh vprašat.»/ (»Pa me začne žalit, kaj pa ti, nisi mama, nisi nič od mame. Na grob ti bom prinesla kilo droge, nisi skrbela zame, rajši si imela drogo.») (RNP SS 21).*

Tudi brezdomna uporabnica, ki je zapustila dva otroka, se je predvsem ob vzpostavljeni abstinenci začela soočati s hudimi občutki samoobtoževanja in zamero otrok (*»Takrat ko sem bila pijana, nisem kej preveč razmišljala, ko sem se pa streznila, nisem mogla dojet, da sem kej takega naredila. Otrok je le otrok, tudi če je 50 let star. Je bila jezna »pa bi nas obdržala doma pa bi bilo«. Čez pet minut joka, pa govori mami oprosti, nisem mislila tako. Ve, s čim me bo prizadela.» (RNP R 6).*

Lahko so obremenjene tudi s strahom, da jim otroci ne bodo odpustili njihovega ravnanja v času uživanja drog. Respondentka, ki ji je CSD po dveh letih rejništva vrnil skrbništvo nad otrokom, je izražala skrb in dvome, kaj se bo zgodilo, ko bo hčerka izvedela, da je bila zaradi njene in partnerjeve odvisnosti odvzeta iz družine (*»Najhuje mi je to, ko bo enkrat prišlo do tega, ko bo vprašala: Mami zakaj si mi dala tja. Zelo me je strah, da ne bo hčerka ista kot jaz, da bo rekla, Ja, ok. mogla si to naredit, ker si mogla, ker ni bilo druge izbire, ampak glej*

mama, jaz imam še zmeraj do tebe zid, zato, ker si mi to naredila. In tega me je najbolj strah. Jaz bi to naredila.» (AVP R 14). Včasih prav ta nerešen odnos vpliva na to, da se mati vrne v krog odvisnosti, saj po določenem času odsotnosti od otroka z njim ne zmore več vzpostaviti stika, saj se je od njega morda preveč odtujila. Zaradi večkratnih izgub, ločenosti od staršev in tudi zaradi tega, ker nimajo stika s starši, otroci doživljajo »vseobsegajočo izgubo«, ki se pogosto kaže kot nerazrešena žalost (Kroll, 2004). Najbolj pogoste izgube so vezane na občutek, da niso ljubljene, kar pripelje do nizke samozavesti in samospoštovanja, pogosto govorimo o izgubljenem otroštvu (Alison, 2000).

6.4 Čustvene in vedenjske težave pri otroku

Pri otrocih staršev uporabnikov drog naj bi bilo prisotno povečano tveganje za vedenjske, čustvene in razvojne težave, kot so: hiperaktivnost, depresija, anksioznost, večje tveganje za razvoj odvisnosti od alkohola in drog, nizka samopodoba in samospoštovanje, socialna izolacija (Tunnard, 2002). Vendar kot poudarja Whitaker (2006), imajo otroci več vedenjskih in čustvenih težav, če je v družini prisotnih več dejavnikov tveganja, ki so posredno ali neposredno povezani z uporabo drog.

Nekatere respondentke so pri otrocih že same opazale določene težave, ki so jih povezovale s svojo odvisnostjo in svojim načinom življenja. Nekateri otroci so bili že vključeni v obravnavo in so jim strokovne službe že postavile diagnozo in so že bili označeni za »problematične otroke«. Nekateri raziskave kažejo (Scaife, 2007), da je pri otrocih, ki odraščajo v odvisniških družinah, pogostejša depresija (*»Težko je tudi zanjo, tudi te droge in to, ker se midva nisva razumela. To je bila še pika na i in še te droge. Ne vem zdaj je tudi najstnica, midve sva se enkrat pogovarjale o samomoru, ona velik bere, rada bere in tako vse žive teme sva se pogovarjali. Učiteljica ji je dala eno knjigo in pol je bila taka tema, sem jo vprašala, ko je o tem govorila, če je že kdaj razmišljala o samomoru, je rekla, ja. Prej je že nekajkrat rekla, da je depresivna in potem te mal stisne. Verjamem, da je bila depresivna tud zaradi šole, če ji neki ne gre dobro, ko dobi slaba oceno ji motivacija pada. Tud uspeh ji je začel padat, zdaj pa sem jo tudi jaz mal spustila.» (AVP PS 35).* Nekateri matere že prepoznavajo, da imajo otroci podobne težave, kot so jih imele same, zato so v intervjujih izražale skrb, da se bodo ponovili transgeneracijski vzorci (*»Že vidim, da gre malo po mojih poteh, že malo gre naokrog, pa že malo manipulira z učitelji. Kaj pa vem, kakšno nalogo, ali pa kaj takega ne naredi, joj sem pozabila, joj nisem si zapisala, ker si more zapisat.» (RNP R*

5). Intervjuvanka, ki ima diagnosticirano obsesivno-kompulzivno motnjo in panične napade, opaza, da njena štiriletna hčerka že posnema in ponavlja njeno vedenje (*»Jaz te stvari podzavestno delam in sem opazila, da hčerka ponavlja za mano, da tudi take stvari že dela. Posnema me, dvakrat odpre.«*) (RNP PS 28).

Težave z uživanjem drog

V intervjujih sta dve materi poročali o uporabi drog pri svojih že polnoletnih otrocih (*»Sin je bil na drogi, na MTD pa je nehal jemati, je prišel do nule, je jemal samo za psiho, da neki spiješ, da si ok. Zdaj pa Sanvale, tablete jemlje.«*) (RNP R 6). Prav tako so tudi preostale intervjuvanke izražale strah in skrb, da bo bodo tudi njihovi otroci razvili odvisnost. Raziskave so pokazale, da se je pri otrocih, ki so začeli eksperimentirati z drogo in katerih starši so bili uporabniki drog, odvisnost razvila prej oziroma je bil prehod iz eksperimentiranja v redno uporabo hitrejši (Solis in drugi, 2015).

Razvojne težave pri otroku

Zaradi zanemarjanja in neustrezne skrbi so pri nekaterih otrocih izraženi tudi razvojni primanjkljaji, ki pa jih matere težje povezujejo z neustreznim ravnanjem, še posebno če so jih institucije prepoznale kot neustrezne matere (*»Odpeljali so ga v Palčico, ni hotel ne jesti, ne piti in so ga v Stično odpeljali. Oni več vedo kot jaz o njem. Sin je govoril, se je plazil. Pri hrani, da za vikend nisem kuhala trde hrane. Nekajkrat sem naredila makarone, ni hotel jesti, potem pa nisem. So rekli v vrtcu, da je težko grizel velike kose, da jih je izbruhal, da sem jaz kriva zaradi tega. Ne zna jesti velikih stvari.«*) (RNP R 25). Večkrat pa so otroci uporabnic drog že ob rojstvu označeni kot otroci z razvojnimi primanjkljaji, ki potrebujejo posebno obravnavo, spremljanje in opazovanje.

Težave v odnosu z vrstniki

Pogosto so pri otrocih opažene tudi težave v odnosu z vrstniki, predvsem pri navezovanju in vzdrževanju stikov. Od vrstnikov se razlikujejo v tem, da imajo starše, ki imajo drugačen življenjski slog, ki je povezan z uživanjem drog (odnos do droge, odvisniška družba). Zaradi prikriivanja oziroma družinske skrivnosti so večkrat izolirani od zunanjega okolja, kar dodatno pripomore k težavam, saj se lahko počutijo drugačne in izključene. Tako je respondentka izražala občutke sramu v odnosu do hčerke, ker so njeni vrstniki vedeli za njeno odvisnost (*»Mene je sram pred njo in pred drugimi, kako sem bom obnašala, kakšna sem, še njo je sram, meni je nerodno.«*) (RNP SS 21).

Nekateri otroci se že v šolskem obdobju srečujejo z agresijo iz vrst vrstnikov, na primer z žaljenjem, verbalno in fizično agresijo, zmerjanjem, ker izhajajo iz družine, kjer je prisotna problematika. Večkrat se znajdejo v vlogi žrtve ali grešnega kozla. Nekateri imajo težave pri tem, da bi se zmogli postaviti zase, kar vpliva na slabši učni uspeh ter druge vedenjske in učne težave (*»Sošolci so jo zafrkavali že v prvem razredu, ko nobeden ni imel pojma, kaj pomeni drogiranje, pa so ji govorili to, da njen oče krade, pa se laže. Ona se je utrdila zelo, čez ta leta. Tudi stepli so jo, ne vem kolikokrat. Smo imeli take probleme v šoli. Jaz sem bila skoz pri socialni delavki, sam tam nič naredijo res, niti prsta ne premaknejo.«*) (AVP SS 38).

Otroci se počutijo tudi drugačne, ker imajo znanje o drogah, ne govorijo o svojih starših in vrstnikov ne vabijo na dom. Tudi drugi otroci se ne želijo družiti z otroki uporabnikov drog ali jim tega ne dovoljujejo starši. Pred učitelji, socialnimi delavci, ki bi jim lahko ponudili pomoč, ne govorijo o družinskih razmerah, kar prinaša dodatno breme in socialno izolacijo (Tunnard, 2002). Nekateri otroci krivijo sebe za materino uživanje drog oziroma so prepričani, da bi uporabo drog lahko preprečili (Kaltenbach, 1998).

Slabši učni uspeh

Posledica pomanjkanja spodbude v družinskem okolju, strukture in kontinuitete ter drugih težav v družini so lahko slabši učni uspeh in učne težave pri otroku. Nekatero raziskave to potrjujejo in ocenjujejo, da je tveganje lahko povezano z različnimi dejavniki: različnost družin, starost otroka, stopnja okrevanja pri starših, obdobje odraščanja, v katerem starši jemljejo drogo, in vrsta droge ter revščina in drugi dejavniki. Tudi prenatalna izpostavljenost drogam naj bi vplivala na kognitivno funkcioniranje pri otrocih, vendar je odvisno od tega, katero drogo so uživale matere, v katerem obdobju nosečnosti, ter od drugih dejavnikov tveganja. Vendar so si študije na tem področju tudi precej nasprotujoče (Nager in Prinz, 2015). Nekateri otroci pa zmorejo kljub težavam v družinskem okolju dobro sodelovati v šoli, dosegajo dober učni uspeh, saj lahko šola zanje pomeni umik od negativnih čustev in problemov. V takih primerih je skoraj nemogoče prepoznati stiske in težave v družini, saj je družina razvila strategije, kako pred zunanjim svetom in strokovnimi službami prikriti probleme (Kroll in Taylor, 2006).

Na drugi strani pa so lahko prav vključenost v šolo in dober učni uspeh ter druge dejavnosti (šport, glasba, umetnost) za otroka varovalni dejavnik, pri katerem dobi potrditev, tako od odraslih kot od vrstnikov, kar mu pomaga premagovati težave v lastni družini (Nager in Prinz, 2015).

6.5 »Abstinenca kot ideal materinstva«

Večina mater je v intervjujih poudarjalo, da je abstinenca pomembna za izpolnjevanje starševskih skrbi in odgovornosti ter da so pomembne spremembe v odnosu do otroka in starševstva dosegle šele po vzpostavljeni abstinenci. Velikokrat so odvisnost tudi same obsojale ali jo prepoznavale kot oviro pri vzgoji in skrbi. Za nekatere pa je droga pomenila sredstvo za lažje soočanje s preteklimi in sedanjimi problemi, zato so bile prepričane, da jim je bilo lažje skrbeti za otroka takrat, ko so bile pod vplivom drog. V raziskavi, kjer so raziskovali odnos do starševstva pri uporabnicah drog, so ugotavljali, da večina udeleženk raziskave ni odobrvala uporabe drog med nosečnostjo in pri starševstvu, vendar so med drugim poudarile, da so bile njihove starševske zmožnosti zelo povezane s tem, koliko in kaj so jemale oziroma kako je nanje učinkovala posamezna droga in kakšno funkcijo je imela v njihovem življenju (Benoit in Roustide, 2016).

Otopelost in čustvena distanca pod vplivom drog

Odvisnost od prepovedanih drog lahko zmanjša odzivnost na otroka in čustveno povezanost z njim, saj je ob uživanju oteženo doživljanje in čustvovanje, in nekatere od intervjuvank so jih jemale prav zaradi tega. Ena od njih je izjavila, da je hčerka v času, ko je sama aktivno uživala drogo, iskala bližino pri drugih ljudeh, saj ji sama takrat tega ni zmogla dati (*»Odkar je tukaj, je velika sprememba, ko jo peljem domov na vikende, ko jo kdo vidi. Prej so jo videli zelo v strahu. Tudi vsem se je hodila crkljat, verjetno zato, ker ni dobila zadosti pri nas. Manjkal ji je stik, sedaj je prav drugi otrok.«*) (AVP PS 1). Suchman in drugi (2008) to utemeljujejo s tem, da imajo matere uporabnice drog pogosteje primanjkljaje v emocionalni regulaciji, ki lahko napovedujejo tako uporabo drog kot težave v starševstvu. Takšni primanjkljaji so povezani s slabšo kontrolo impulzov in zmanjšano frustracijsko toleranco ter tudi z okrnjeno sposobnostjo soočanja z negativnimi čustvenimi stanji. V teh okoliščinah lahko droga deluje kot samozdravljenje ali strategija za izogibanje čustvom. Starši, ki imajo

težave z obvladovanjem svojih negativnih čustev, imajo tudi težave pri oceni in prepoznavi otrokovih čustev oziroma imajo nižjo sposobnost ponotranjenega čustvovanja (Borell, West, Decoste in Suchman, 2012), Uporabnice naj bi težje zmoгле predvideti posledice svojih reakcij oziroma se pogosteje prepuščajo trenutnemu počutju in razpoloženju (prav tam).

O čustveni distanci in otopelosti so v intervjujih pogosteje govorile predvsem tiste, ki so imele izkušnjo z obdobji abstinence in recidiva, saj so imele možnost primerjanja med tem, kako so se odzivale na otroka v času uporabe in neuporabe drog (*»Jaz zdaj vidim, kako droga zatira čustva in mišljenje. Čustva niso intenzivna, niti izražat jih ne moreš, jaz se jih tudi nikoli nisem naučila izražat, pa preko staršev, ker starši ti dajo čustva. Nisem znala niti prav dajati ljubezni, čeprav svojim otrokom vem dat.«*) (AVP SS 16)/(*» Takrat naju je heroin oddaljil, v tem smislu, da jaz čustveno nisem bila več prisotna. Vse zunanje stvari lahko vse narediš. Greš v službo ampak dejansko čustveno pa te ni in ona je to čutila, to je bila sam pol leta ampak ona je to čutila. To je bilo tako, da se tudi jaz z njo nisem več toliko pogovarjala, vse je postalo ena rutina, šola, nazaj, violina, preveč nekih obveznosti. Ti ne čutiš čustev, tudi če sva midve sedeli skupaj za mizo, si nekako malo zamaknjen, neke stvari že več ampak ni to. Dejansko gre čist mimo tebe.«*) (AVP PS 35). Nekatere pa izkušnje z abstinenco še niso imele, zato ne vedo, kako bi takrat doživljale odnos z otrokom (*»Sem hotela neki reč, ampak ne vem, kako je biti mama, ko si neodvisen.«*) (RNP PS 28). Strokovnjaki (Kaltenbach, 1998; Pyng Sun, 2009). čustveno distanco povezujejo tudi z izkušnjami v otroštvu in odrasli dobi (nasilje, travma). Nekateri avtorji jo opisujejo tudi kot obrambni mehanizem, ki ga je posameznik razvil, da bi se zavaroval pred težjimi čustvenimi reakcijami. Sklepamo lahko, da so respondentke tudi zaradi tega razvile to vrsto obrambnih mehanizmov in tudi posledično začele uživati droge.

Ena od mater je poročala, da je šele po vzpostavljeni abstinenci zmoгла navezati stik z otrokom (*»To povezavo sem začutila, je bil prav en trenutek v projektu, ki se ga zdaj ne spomnim. Spomnim pa se, da vem, da sem ga na neki skupini prav razlagala, je pa bil prav trenutek, da je tvoje. Samo ni bilo tistega, ne vem, ko včasih opisujejo kakšne mamice, ni bilo tega. Meni je to droga vzela. In me je prikrajšala, mene je tudi prikrajšala za prvih pet mesecev življenja pri otroku. Mogoče tukaj manjka tisti stik.«*) (AVP PS 17). Respondentka, ki je bila več let stabilna na nadomestni vzdrževalni terapiji, prepoznava razliko v odnosu do materinstva po vzpostavljeni abstinenci (*»MTD zatira tista prava čustva. Jaz, ne da ne bi imela rada svoje otroke, ampak zdaj pa jih obožujem in mislim, da to, da sem bila na MTD, nisem mogla biti prava mama. Sigurno sedaj sem bolj povezana z njimi, da jih lažje*

spremljam, da mi ni problem se z njima ukvarjati. MTD me je oviral, ker se nisem dobro počutila. MTD vpliva, na to sigurno.» (AVP SS 16).

Nekatere so gojile visoka pričakovanja do abstinence, bile so prepričane, da bi z abstinenco drugače funkcionirale kot matere (*»Kar se materinstva tiče, bi rada, občutek imam, da ne čutim toliko, kot bi rada čutila, da bi ji dala, to kar bi ji lahko dala, če ne bi bila tako napol topa. Jaz imam tak občutek skoz, da sem topa, da ne morem izživet, kar bi rada. Pa tudi, da bi se odločala pa vse, pa vzgoja, mislim, da bi bilo vse velik bolj jasno. Velik lažje bi bilo če bi bila trezna«*) (RNP PS 31)/(*»Odvisnost vpliva na materinstvo, jaz mislim, da bi imela malo bolj čisto glavo, ker še zmeraj, tudi če si ti vsak dan na tem, pa ti uspe normalno, nisi več zadet, nisi bolan. Jaz mislim, da še zmeraj, je neka zavesa tam gor in mislim, da brez substitucije, metadona, česarkoli, da bi čist drugače razmišljala, pa se drugače odločala. Ne vem mislim, da kot prvo samozavest bi bilo prvo, to me baše.«*) (RNP PS 34).

Nekatere aktivne uporabnice drog pa so poročale o tem, da se z otrokom ne ukvarjajo tako intenzivno, kot bi se po svojem mnenju morale (*»Vsak dan tudi težko vstanem, nimam energije, kot da bi 20 kg nosila. Vsak dan mi je težko vstat. Težko mi je najmanjšo stvar naredit ... In včasih, ko tudi vse sčistim, kuham in je ura 4 ali 5, on je vaje, da se ne bom z njim lovila, igrala in ve da sem utrujena. In ve, da je posledica tega, da sem tako lena, da ne morem, je zelo težko, tako vpliva.«*) (RNP PS 31).

Pogosto so navajale težave z impulzivnostjo in razdražljivostjo v vseh fazah odvisnosti. Tako ena od respondentk opisuje odnos z otrokom po recidivu (*»Vzgoja mislim spremenila, jaz sem prej velik dala na to vzgojo, pa komunikacija, kako na pravilen način. Spremenila se je v nekem trenutku, sem se nehala s tem ukvarjat. Ker sem jemala toliko velik stvari, nisem več vedela, kaj je zdaj bolj pomembno. Jaz sem imela krizo, sem zavpila, neki sem na tla vrgla, jaz sem njo zelo ustrašila, tako kot zdaj za nazaj razmišljam. Tudi običajna mama kdaj znori, pa hoče postaviti mejo. Ampak ona je čutila moje nezadovoljstvo, jo nisem udarila ali pa kaj.«*) (AVP SS 30).

Intervjuvanka, ki je bila vključena v proces zdravljenja skupaj z otrokom, pa je prepoznavala pozitivne učinke pomoči in tudi spremembe pri otroku (*»Divja je bila tud prej, hitro je vse vrgla v zrak, udarila te je, kar iznenada je vstala, te udarila kar neki tako, tukaj se je tudi ona spremenila, tudi jaz sem delala na tem.«*) (AVP PS 2). Zadnje raziskave kažejo, da bi bilo pomembno, da se tudi otrok vključuje v obravnavo, saj bi se tako lahko matere neposredno učile starševskih veščin, kar so prav tako poudarile nekatere intervjuvanke. Skupna obravnav

naj bi bila bolj učinkovita za mlajše otroke, saj otrok še ni tako intenzivno vključen v socialno okolje, prav tako bi bilo v družini manj negativnih posledic za mater in otroka (Solis in drugi, 2015).

Težje soočanje z realnostjo ob abstinenci

Na drugi strani pa so nekatere respondentke navajale pomanjkanje energije in volje za ukvarjanje z otrokom po vzpostavljeni abstinenci. Z abstinenco se namreč lahko spet soočajo z osebnimi stiskami, pri katerih je droga delovala kot samozdravljenje. Ena od intervjuvank, ki je v času intervjuja že imela izkušnjo z enoletnim obdobjem abstinence, je še vedno poročala, da ji je težje skrbeti in vzgajati otroka kot prej, ko je uživala drogo. To lahko povežemo tudi s tem, da se ob abstinenci dogaja veliko sprememb že na kemijski ravni, saj ima droga učinek na nagrajevalni sistem, ob prenehanju jemanja pa pride do praznine, kar se kaže tudi s pomanjkanjem energije, brezvoljnostjo in depresivnim razpoloženjem (*»Meni se je več dalo z njo, kot zdaj, ko sem trezna. Prej je bilo vse počasi, lepo, zdaj pa jaz, kar neki na hitro, vse na hitro. Tam sam si pa prav čas vzela za njo, pa sva hodile na igrala, pa na sprehod, pa učit se mi je dalo z njo, ker zdaj se mi ne da. Zdi se mi, da je bilo v redu, kadar jaz nisem bila v redu. Res se mi je dalo z njo, ker zdaj se mi ne da. Zdaj, kakor da nimam energije.«*) (AVP PS 15). Mati, ki je bila v času intervjuja vključena v terapevtsko skupnost, opazuje, da ji primanjkuje energije pri aktivnostih, pri katerih je potrebne več potrpežljivosti z otrokom (*»Tako, da manjka mi energije in bo treba tudi neki začet. Ker ni problem, jaz jo, da čim več da hodi, tudi tukaj, ko so pohodi, gre z njimi, če ni preveč, ker je ona že velika, gre lahko že na Triglav. To ja, kakšne take igre, zdajle čez zimo. To se meni ne da sedet za mizo, pa ne vem kaj, ne nisem jaz tak tip. Včasih še kakšen človek ne jezi se mi je še malo dalo, kaj pa naj, saj ni nič kej takega počet za pozimi.«*) (AVP PS 1).

Nekatere so bile prepričane, da so učinki posameznih drog pozitivno vplivali na odnos z otrokom. Tako je ena od mater izjavila, da je ob uporabi kokaina, katerega učinek je občutek povečane samozavesti, umskih in telesnih zmogljivosti ter evforičen občutek sreče, še bolj skrbela za otroka in se z njim več ukvarjala (*»Saj jaz vem koliko je on zamudil z mano, ko sem bila zadeta, jaz vem, ko sem kaj povlekla, saj sem bila, sem bila polna energije, ko sem bila z njim. Tudi sem vse pustila. Takrat je imel po moje še največ od mene.«*) (RNP SS 24). Sklepamo lahko, da imajo matere pod vplivom specifičnih drog sicer več energije za igro in zabavo, težje pa jim je postavljati meje, biti vztrajne, kar zahteva od starša več potrpežljivosti in neprijetnosti (Niccols in drugi, 2012).

Otrok je tako prepuščen počutju in trenutnemu razpoloženju matere in se mora temu prilagajati. Razpoloženje matere je odvisno od tega, kakšno količino drog jemlje, katero vrsto in kdaj vzame posamezno drogo (*»Še boljše sem skrbela za otroka, ko sem bila na kokainu, še bolj sem se ukvarjala z njo, več energije sem imela, še bolj sem se posvečala, vse sva delali in tako kot normalno, ko si utrujen, ko ne moreš nič, to pa ti da malo adrenalina, saj to ni bilo prepovedano v prejšnjem stoletju, zdaj je to prepovedano«*) (AVP R 7)/ (*»Ne moreš sploh tako poskrbet kot je treba. Psihično in fizično ga ti že urediš, sam se ti ne da, na silo, ni take volje, vse neki na silo. Al pa saj se ga bom zdaj zadela, potem, pa se mi bo dalo. In to večino vse delajo, da se jim potem sploh da. Neki vzameš, da imaš neko energijo.«*) (AVP R 22).

Upoštevati je treba tudi dejstvo, da je pod vplivom drog spremenjeno zaznavanje in doživljanje okolice in sebe. Odvisnost je povezana tudi z vrsto obrambnih mehanizmov, ki jih razvijejo uporabnice, da bi lahko po eni strani upravičile uživanje drog in sebe predstavile kot »dovolj dobre matere«, ali pa jim obrambni mehanizmi pomagajo pri soočanju s posledicami, ki jih ima uživanje drog. Zaradi tega je nekatere izredno strah abstinence, saj je bila to do zdaj njihova strategija soočanja s težavami (*»Skrbi me tudi, to, da če ne bi bila na MTD, ne bi bila toliko aktivna, če bi imela krizo.«*) (RNP PS 27).

Nekatere raziskave tudi kažejo, da starši navajajo manj zadovoljstva v starševstvu v primerjavi s starši, ki niso odvisni, in se manj časa ukvarjajo z otrokom in imajo manj interakcij v spremljanju in opazovanju otrok ter več konfliktov (Pajulo in drugi, 2010). Hipoteza raziskovalcev je, da povečana toleranca uživanja drog zmanjša sposobnost staršev za izkušnjo veselja in zadovoljstva, ki nista povezana z drogo, saj ves čas potrebujejo velike količine drog, da dosežejo občutek ugodja in veselja. S toleranco pa se prag za doživljanje užitka na nevrološki ravni povečuje. Naravne nagrajevane aktivnosti, kot je interakcija z otrokom, niso tako prijetne, da bi zagotovile učinkovit dvig razpoloženja. Zmanjšano zadovoljstvo, ki ga matere dobijo v odnosu z otrokom, pa vpliva na odnos med njima (George, Lemoal in Koob, 2012).

6.6 Strategije zmanjševanja tveganj pri otroku

Matere so navajale različne strategije zmanjševanja tveganj, da bi tako preprečile škodo pri otroku in ga zaščitile pred posledicami. Kljub vsem kompleksnim težavam, s katerimi so se

intervjuvanke soočale, so želele s svojimi viri moči narediti vse najboljše za otroka. Te strategije so naslednje:

Iskanje zgleda za ustrezno vzgojo in transgeneracijski vzorci

Zaradi lastne izkušnje neustreznega zgleda starša oziroma izkušnje kompleksnih problemov iz otroštva (zlorabe v otroštvu, nasilje, težave v duševnem zdravju, revščina) so se matere naučile neustreznega starševskega ravnanja in ga posledično ponavljajo tudi pri svojih otrocih (Alison, 2000). Respondentke so prepoznavale, da prav zaradi pomanjkanja pozitivnih izkušenj nimajo temeljev, na podlagi katerih bi lahko črpale izkušnje za vzgojo otroka (*»Sploh če imaš pa tako vzgojo, kot sem jo jaz imela. Lepo bi bilo, če bi jaz lahko črpala iz svojih izkušenj, ampak jih ni. Mene niso prav vzgajali, babica pa je imela zelo tako starinsko vzgojo, saj imaš streho nad glavo, saj imaš za jest, zdaj pa bodi srečen. Bodi srečen, da nisi v Afriki. Ona ni znala objemat, pa ljubčka dat, pa povedat, rada te imam.«*) (RNP PS 3), ter da se težko otresejo transgeneracijskih vzorcev (*»Najbolj se bojim, da bo dobila strah pred mano. Nočem neki delat, to je bilo pri moji babici. To so ti vzorci, ki se jih je tako težko znebit.«*) (RNP PS 3).

Ena od respondentk je navajala, da si ne želi, da bi njen otrok imel enake izkušnje z nasiljem, kot ga je doživljala sama v otroštvu, čeprav je tudi sama bila v času intervjuja v nasilnem odnosu, kateremu je bila večkrat priča tudi njena hčerka (*»Hočem poskrbeti za otroka, nočem da moj otrok doživlja isto kot sem jaz. Gledala sem, kako oče tepe mamo in naju z bratom je tepel. Ko sem bila stara 14 let, sta se ločila. To je bilo dolgotrajno nasilje, mama ga je imela rada vseeno. Takrat, ko je prišel je imel eno ljubico, ko je izvedela to, potem je šla, ker je bilo že to pretirano.«*) (RVP SS 11).

Nekatere pa so bile prepričane, da prav zaradi slabih izkušenj iz lastnega otroštva bolj prepoznavajo, kaj je prav in kaj narobe v vlogi starša (*»Tudi vzgoja, pa vse, sem jaz vse prevzela nase. Hotela sem postaviti ene trdne temelje, sem vedela, kaj je prav in kaj je narobe, ker sem jaz toliko enih osnovnih šol zamenjala, sem imela res grdo otroštvo in jaz sem rekla, moja hči tega ne bo imela. Zato tudi nisem pustila, da me vidi, tako kot sem bila na koncu, to je bila katastrofa.«*) (AVP SS 30).

Respondentka, ki je šla skozi proces okrevanja, je navajala občutke zbeganosti in zmedenosti, ker ni vedela, ali naj v odnosu z otrokom izhaja iz tega, kar se je naučila v terapevtski skupnosti, ali iz tega, kar je doživljala v lastni družini (*»... veliko več enega razmišljanja, ki*

ga mogoče drugače ne bi imela, ker sem ga spoznala v projektu, saj mogoče mi je to bolj zakompliciralo življenje. Mogoče pa tudi ne. Malo se postavim jaz v svojo kožo, kar jaz doma nisem imela, kaj so meni doma delali, pa se postavim v kožo, kaj bi bilo prav in kaj ne bi bilo prav, kaj lahko jaz pustim njej in kaj ne. Toliko stvari dejansko se potem tepe med sabo in potem izberi ti tisto ta pravo. Ne bi rada, da bi doživljala iste stvari kot jaz, ni bila nikoli tepena in ne bo.» (AVP SS 17).

Nasveti, knjige o vzgoji in drugi načini pridobivanja informacij o starševstvu tudi nekatere spravljajo v stisko, saj je teorija drugačna od prakse (»V bistvu ne vem, sem opazila, da sem dosti zbegana, glede tega, kaj je sploh prav in kaj ni. Ker vzgoja v praksi ni tako enostavna, kot v knjigah.«) (AVP PS 4). Tudi matere uporabnice drog se podobno kot druge matere srečujejo z množico nasvetov, teorij o vzgoji otroka, kar pa včasih v materinstvo vnese dodatne dvome, tesnobo, še posebno če je pri njih prisotno nižje samospoštovanje.

Respondentke, predvsem tiste, ki so odraščale v družinah z odvisnostjo, nasiljem, stresom in travmami, se borijo proti temu, da ne bi ponavljale istih napak pri vzgoji kot njihovi starši (»In nočem biti taka mama, kot je moja mama.«) (AVP SS 16), zato uporabljajo različne strategije, da bi se temu izognile:

- **nasprotni model vzgoje** (»Zmedena sem, zmeraj poskušam, ne po starih vzorcih, po tistem, kar sem bila navajena, to jaz upam, da delam najboljše.«) (AVP SS 18);
- **informacije o vzgoji iščejo v knjigah, na internetu** (»Hčerko bi rada vzgajala najbolj. Pomembno je, da ima neke vrednote cilje, dobro se mi je zdelo v porodnišnici, en kup brošur za prebrat, pa tudi dosti na internetu brskam.«) (AVP PS 36);
- **preverjanje in presojanje pri drugih** (»Jaz želim drugače vzgajati hčerko, se učim. Sva bili enkrat pri pediatru, pa je rekla ena mamica otroku, če ne boš priden boš pa injekcijo dobil. Potem mi je rekla ena prijateljica, da je to čisto napačna vzgoja, da ustrahuješ z zdravnikom, pa se mi je tako dobro zdelo, ker jaz mislim isto.«) (AVP PS 35);
- **iskanje zgleda zunaj družine** (»Če koga vidim, da hoče otroka kej vzgojit, pa mi je tako najlažje, da presodim ali mislim, da je to v redu, ali ni v redu in potem naredim drugače.«) (AVP PS 4).

Strah pred razvojem odvisnosti pri otroku

Večkrat so prisotni strah in skrbi, da bi se tudi pri otroku razvile težave z odvisnostjo. Matere se zavedajo tega, da imajo zgled in transgeneracijski vzorci pomembno vlogo (»Za hčerko si

želim, da ne bo padla v to, tako kot jaz, da bo zdrava, da bo šolo naredila, pa da bo srečna.») (RNP SS 13). Nekatere so prepričane, da bi njihove otroke spodbudilo k eksperimentiranju ravno to, če bi vedeli za njihovo odvisnost (*»Tudi si mislim, da če bi mu povedala, bi si mislil, oče je bil taki, mami je bilo lepo, mogoče bi tudi jaz to poskusil. Mene zelo skrbi da ne bi padel v drogo.»*) (RNP PS 31). Nekatere že zdaj delajo načrt, kaj bi v takem primeru storile. Ena od respondentk je izjavila, da če bi opazila, da ima hčerka težave z drogo, bi takoj poiskala pomoč in ne bi odlašala (*»Če bi videla, da ima težave, bi jo takoj pripeljala k strokovnjaku, takoj ko bi izvedela, ne bi pustila niti minute življenja, tako kot sem svojega osem let. Kaj sem iz sebe delala.»*) (AVP R 7).

Strah jih je vpliva genetske predispozicije, saj potem nimajo vpliva na to, da bi preprečile možnost razvoja odvisnosti pri otroku (*»Zelo me skrbi, da bi imela tudi hčerka težave z drogo, dostikrat pomislim. Tudi mama reče, joj upam, da boš, ti privoščim, da boš kdaj čutila to bolečino, kako je, če ima nekdo težave s tem. Ravno zdaj, ko so me peljali v Ljubljano, so mi to govorili. Mi je to govorila, da bi samo čutila, kako je to. Upam, da ni vse v genih.»*) (AVP SS 9). Z drugačno vzgojo, kot so jo imele same, želijo preprečiti, da bi otrok imel težave z drogo (*»Imata svoje dejavnosti, je tudi bolj stroga vzgoja. Želim, da gresta po drugi poti, ker naj bi bilo znanstveno dokazano, da so otroci odvisnikov tudi oni odvisniki.»*) (AVP R 16).

Nekatere pa že prepoznavajo določene težave pri otroku, zato jih je toliko bolj strah posledic pri odraščanju (*»Ker vem, kako moram in ne morem izpeljati tega. In tega me je tudi za naprej strah, da gremo tja. Jaz vem, da me bo prepričal, kje je tista meja, da je dovolj ali preveč in tu je potem mene strah, da bo ga potem odneslo. Potencial ima, ker sva oba bolj labilna. Očitno, ne vem, je bolj taki, zna biti frajer, pa ga bolj negativno kot pozitivno privlači, pa pištola. To me skrbi.»*) (RNP PS 31). Dvanajstletna hčerka respondentke ima že podobne težave, kot jih je imela sama, čeprav ne živita skupaj in je hčerka nameščena v rejništvo (*»Zelo me skrbi zanjo, ker sva si podobne.»*) (RNP SS 5).

Strah jih je tudi, da uživanja drog pri otroku ne bodo prepoznale. Nekatere skrbijo nove droge, ki jih tudi same ne poznajo. To pomeni, da tudi na tem področju ne bodo imele nadzora (*»Strah me je tudi tega, da bi moja sinova bila na drogi, ko sem opazila, da zdaj nove generacije govorijo o drogah, ki jih že jaz ne poznam. Kaj šele takrat čez 10 let.»*) (AVP R 16), oziroma jih je strah, da bi otrok pred njimi prikrival težave, saj se zavedajo, da je to del odvisniškega vedenja, ki je značilno tudi zanje (*»Tudi če se bo srečala z drogo, jaz ji ne bom v tem smislu meje postavila, zdaj pa to je prepovedano, ker bo začela skrivat pred mano. Če*

bo začela skrivat pred mano, ne bom vedela, kaj se dogaja.» (AVP PS 15)/(»Po drugi strani se mi zdi, otroci nas odvisnikov, se znajo zapret v sebe, pa določenih stvari ne povejo. To me je zelo strah, da bi sin imel težav z odvisnostjo, groza me je tega.» (RNP PS 31).

Ena od intervjuvank pa se boji tudi drugih težav, ki jih prinese odraščanje in ki niso neposredno vezane na odvisnost (»Mene skrbi, ne droga, ker vidim na splošno te mlade. Skrbi da recimo, da bi začel špricat, pa ne bi to, pa ne bi ono. Pa pride domov, pa gre, pa mu rečem, kam greš, pa reče, kaj te briga in kaj naj mu jaz naredim. Kaj naj naredim, ga zaklenem? Vem, da ne bom vedela, kako in kaj, zdaj ga spet nekam vozit, pa sem in tja, če je trmast, bilo kam ga pelješ, ne pomaga. To je prisotno, vsega tega me je strah. Tudi me je strah, če bi se jaz razkurila, da bi me na primer udaril. Take stvari me je strah. Zdaj ne kaže takih vedenj, se ogromno, se dosti pogovarjava. Jaz se z njim nikoli nisem pogovarjala, kot z otrokom in marsikaj sva se pogovarjala. Jaz upam, da bo v redu, da ko si v puberteti, da te zmede. Vem da je težko, upam da se pri 19, 20 uredi. To velikokrat razmišljam.» (RNP PS 39).

Nekatere intervjuvanke so prepričane, da je dober odnos in pogovor varovalni dejavnik za zmanjšanje tveganja, da se pri otroku ne bi razvile težave (»Mogoče sem na to mislila, da bi tudi ona jemala drogo, verjetno se bo srečala z drogo. Midve sva se o drogi že pogovarjale. 4. razred so imeli o drogah. Me je začela spraševati. Sem ji malo razložila, tudi zdaj sem ji povedala, kaj pomeni odvisnost, da se zdravim. To sem ji na nek način predstavila, da kdaj poskusiš drogo ampak od tega postaneš odvisen. Sem ji mogla razložiti, kaj je odvisnost in kaj je zloraba droge in v bistvu, kako hitro lahko pride do uživanja in zlorabe in to ona dobro ve. Ta izkušnja, da ji je to dala misliti, njej je bilo zelo hudo zame, ji ni bilo vseeno. V prvi vrsti sem mi zdi nekako, da najdeš pot, da ti otrok pove.» (AVP PS 15).

Preverjanje

Preverjanje, ali dobro skrbijo za otroka, kaže na to, kako so matere negotove glede materinske vloge oziroma jim je pomembno, da bi otroke čim bolj ustrezno vzgajale in zanje kar najbolj skrbele. Navajale so strah pred tem, da bi otrok imel kakršnekoli posledice zaradi njihovih težav z drogami, zato predvsem tiste, pri katerih je bila odvisnost razkrita, večkrat preverjajo, ali je z otrokom vse v redu ter kakšno je mnenje strokovnjakov o njihovi vzgoji in skrbi za otroka. Pogosteje jih vozijo v razvojne ambulante, v vrtcu in šoli preverjajo, kako se razvijajo

in ali so drugačni od drugih (*»Dosti sem hodila na razgovore k vzgojiteljicam, one so mi povedale, da ne odstopa v nobeni stvari od ostalih otrok, da se normalno razvija. Mene je ves čas skrbelo, kako bo z njim. Vedno so se veliko pogovarjale z mano, nikoli niso pokazale nobenega prezira. Tudi vzgojiteljice so vedele, kako je z mano. Skoz sem iskala potrditve, da ni nič drugačen od ostalih otrok. Z njim je bilo vse v redu.«*) (AVP SS 18).

Z razkrivanjem svojih težav želijo preprečiti težave pri otroku, čeprav s tem tvegajo večji nadzor raznih služb (*»Jaz sem jo peljala k psihologu, da čim bolj preprečim, da bi bilo kaj narobe. Ona hodi redno v vrtec, pa je v redu. Pa njih vedno vprašam, pa eni Ivanki sem povedala vse. Rekla je, da nič ne odstopa od drugih, sam da je bolj živec, to pa jaz tudi vem. Je rekla, da to je v redu, da ima veliko energije, to je boljše. Hvala bogu imam srečo, da je otrok zdrav. Jaz nisem nikoli prikrivala odvisnosti, sam vsem povedala.«*) (AVP PS 20). Ena od mater je hčerko ves čas vozila k zdravniku in preverjala, ali je zdrava (*»Ona je dobila zelo zgodaj menstruacijo, 11 let je bila stara. Jaz sem se prestrašila, sem jo takoj vlekla k zdravnici. Ona me je že imela poln kufer, za vsako malenkost sem jo vozila. Sebe ne, za otroke pa takoj k zdravniku.«*)(RNP O 6).

Skrb za osnovne potrebe otroka

Nekatere respondentke so poudarjale, da so kljub težavam poskrbele za osnovne potrebe otroka (hrana, sprehodi, obleka). To je bilo lahko v obdobju stopnjevanja problemov v družini največ, kar so lahko dale otroku (*»Jaz sem se drogirala, skrbela za hčerko, kar sem jo peljala vsak dan na zrak in to je bilo zadnja leta vse.«*)(AVP R 40)/(*»Jaz za njo sem samo tehnično poskrbela, da sem jo vsak dan stuširala, da sem jo vsak dan nahranila, da sem jo imela čisto, da sem jo peljala za pol ure pred bajto. In drugo, kje jaz nisem bila sposobna se igrat z njo. Hčerka je gledala risanke na računalniku.«*) (AVP PS 2).

Poskrbeti za osnovne potrebe, kot sta hrana ali obleka, lahko za nekatere pomeni optimalno skrb, saj so morale za ta opravila vložiti veliko truda (*»Saj sem skrbela za njih, ko sem bila na kokainu, sem jim kupovala, kuhala, v vrtec peljala, iz vrtca.«*) (AVP SS 7)/(*»Kot mama ne bi rabila pomoči, prej sem imela težave zdaj ne. Saj so videli v vrtcu, poročilo na sodišču, če so se pojavile uši pa to, sem jim čistila, so imele jakne, peljala sem jih v vrtec.«*) (RNP R 10). Nekateri pa so lahko v svojem otroštvu doživljale primanjkljaje tudi na tem področju, zato je bilo lahko po njihovem mnenju najbolj pomembno poskrbeti, da otrok ni lačen, da je čist (*»Vse sem dala od sebe, ker jo imam zelo rada, ne bi mogla drugače, tako kot zdaj skrbim zanjo, takrat sem isto. Je bila vedno čista, vedno skopana, redno, vedno lepe oblekice sem ji*

kupovala, bila je kot lutkica je bila.«)(RVP R 11)/(»Vedno je bil čist zlikan, to sem vedno pazila.«) (AVP SS 18). Tukaj se spet pokaže, kako želijo z urejeno zunanjo podobo otroka drugim dokazati in pokazati, da so kljub jemanju drog dobre matere.

Skrivanje droge pred otrokom

Skrivanje uživanja droge ali nadomestne vzdrževalne terapije pred otrokom lahko deluje tudi kot varovalni dejavnik, saj želijo otroka zaščititi pred drogo in sceno in pred tem, da bi otrok z drogo prišel v stik. Prepričane so, da jim skrivanje omogoča, da je uživanje drog samo njihova intima, v katero otrok nima in ne sme imeti dostopa. Pri tem so navajale različne strategije skrivanja in prikrivanja:

- ***drogo uživajo, kadar otroka ni doma;*** (»Če sva se drogirala, sva se drogirala, ko hčere ni bilo doma, ko je bila pri babici.«)/(»V vrtec sem jo peljala, pol enih sem šla po njo, tako da do takrat sem bila že v redu. To sem pazila, da nisem bila pred njo pod vplivom substanc.«);
- ***drogo uživajo, kadar gre otrok spat:*** Takrat imajo občutek, da je zanj poskrbljeno, da ne potrebuje posebnega nadzora in skrbi (»Zjutraj sem jemala ali pa zvečer, ko je spala, je bila zelo pridna in je spala od 6 popoldan do sedmih zjutraj, vmes se je zbudila in je jedla, tako da sem imela vmes tudi dosti časa.«)/(»Pred njim nisva jemala, tudi družbe nisva imela. Zvečer, ko je prišel, ko sva dala malega spat, sva vzela.«);
- ***pred otrokom si droge ne injicirajo*** (»Sem se potem že drogirat začela. Nisem se nikoli pred njo, sem se zmeraj okrog obrnila.«);
- ***skrivanje droge:*** Tudi droge in nadomestno vzdrževalno terapijo skrivajo, saj se bojijo, da bi mlajši otroci na kakršenkoli način prišli v stik z njo oziroma da bi jo otrok zaužil. Običajno se metadon shranjuje v hladilniku, vendar ga nekatere matere zaradi varnosti shranjujejo v posebnih prostorih (»Jaz ga imam čisto posebej, nikoli ga nisem imela v hladilniku.«)/(»Jaz sem imela vse skrito pred njo. Tako sem skrila, da skoraj sama nisem našla. Skrivala sem v omarah, v nogavicah in da ne bi doma videli.«);
- ***odhod od doma ob recidivu:*** to izberejo tiste uporabnice, kjer za otroka lahko poskrbijo stari starši in drugi bližnji. To se jim zdi boljša izbira, kot da bi otroka izpostavljale drogi in scenskemu vedenju (»Jaz, ko sem se drogirala, sem šla stran, da nisem bila doma, kakor da bi to pri meni to gledala. Res, jaz sem se počutila boljše, ona je pri mami, ne bo ji nič manjkalo.«);

- **nadzorovano uživanje substanc – reguliranje:** nekatere pa so vpričo otrok vzele le tolikšno količino drog, da niso bile akutno pod vplivom droge (*«Nikoli se nisem tako zadela, da ne bi mogla skrbeti za otroka, jaz sem večina vedno skrbela zanj.»*);
- **otroka ne izpostavljajo sceni** (*«Jaz sem šla po MTD, sem jo pustila pri mami, že to sem si uredila, da bi čim manj bila na metadonskem. Druge vidim, da hodijo vsak dan z otroki, mene najbolj moti, ker odvisniki pridejo in začnejo otroka božat po obrazu, saj nikoli ne veš kaj ima.»*);
- **uporabnikov drog ne vozijo domov** (*«In vseeno sem se pazila toliko, da tega ni gledal, da ni bilo ljudi v hiši.»*)/(*«Z odvisniki pa ona ni nikoli imela stikov, ali sem šla sama ven, ali pa, ko je še z mano hodila, pa je bila še v lupinici. Takrat se otrok še ni zavedal.»*).

Nekatere so spregovorile o drugih uporabnicah, pri katerih so videle, kako so pred otrokom uživale droge, česar same nikoli ne bi naredile (*«Pa to sem gledala pri kolegicah, ki so to delale, ko otroka da pod odejo, ona pa se zraven zadeva. Otrok gre na stranišče, mami je noter in otrok vpraša mami, kaj delaš reče, čakaj, mami mora zdravila vzeti.»*).

Tudi ko gredo na zdravljenje, nekatere matere otroku ne želijo povedati, kam gredo. Zaradi tega se tudi izognejo rednim stikom z njimi in obiskom, da se skrivnost ne razkrije in da ni otrok izpostavljen (*«Jaz sem ji razložila, da grem zaradi zdravil, ker jih ne morem nehati jemati in grem v posebno bolnico, kjer niso prav bolni ljudje, da si kej fizično bolan. Sem ji razložila, da ne bom več rabila zdravil. Ona je prepoznala da jem tablete, ona misli, da so to zdravila, tako kot sirup, ki ga moraš jemati. Drugače bi jo skrbelo, kaj je zdaj z mamo narobe, da me ni toliko časa.»*).

Otrok kot motivacija za spremembo

Kot ugotavljamo v raziskavi, je lahko otrok velika motivacija za spremembo materinega načina življenja. Otroci so vir socialne podpore in vir moči v procesu okrevanja, še posebno če živijo skupaj z materjo (Tracy in Martin, 2007). Vendar, kot opozarjajo nekateri strokovnjaki (Taplin in Mattick, 2011; Paris, Herriott, Holt in Gould, 2015), je to odvisno od več dejavnikov (faza motivacije, duševno zdravje, vrsta substanc, podpora drugih, droga kot samozdravljenje ...). Nekatere intervjuvanke so poudarile, da jim je prav skrb za otroka pomagala preprečiti recidiv, saj so bile tako okupirane z njim, da niso razmišljale o drogi in drugih tveganih situacijah (*«... mi je otrok vzel pozornost, takrat nisem razmišljala, nisem imela te potrebe, ker sem se bolj ukvarjala z otrokom.»*)/(*«Meni je prav 4 leta mi je pomagala skrb za hčerko, da nisem šla noter v drogo. Jaz sem sam zanj živela pol, ko je bila*

že malo večja, je bila malo pri starih starših, malo tam, pol sem imela že več svojega časa.») (AVP SS 9).

Nekatere so v možnosti izgube otroka oziroma zunanje meje, ki so jim jo postavile predvsem strokovne institucije (predvsem CSD), lahko pa tudi svojci, videle možnost za spremembo. Ko pravi Pyng Sun (2009), se lahko v primeru vključevanja socialne službe in drugih institucij v družino kriza obrne v priložnost (*»...vem da je težko poiskati pomoč, ampak eden te more prisilit, ni druge, ker sam se ne boš. Saj maš rad otroka ampak, da bi ti rekel sam drogi ne, da bi ti sam poiskal pomoč, ne vem jaz ne poznam nobeno.»*) (AVP SS 29). Ena od mater je izjavila, da ji je prav odvzem otroka pomagal, da se je odločila za zdravljenje (*»Meni je pomagalo to, kar so naredili, ker bolj ko boš šel ti mamici nosečnici na roko, bolj bo to izrabljala in ne bo šlo nič v smeri, da bi bilo kej drugače. Saj z moje strani je bilo tako. Je prav kar so naredili, zame je to prav. Zdaj gledam na to tako. Če bi bila še na drogi, bi na to gledala drugače, jaz vem kaj je zame prav, zame je tako v redi.»*) (AVP SS 13). Tudi raziskave kažejo, da je odvzem otroka za nekatere pomenil motivacijo za vključitev v zdravljenje, nekatere pa so začele bolj intenzivno uživati drogo in so jo uporabljale kot mehanizem soočanja s stresom (Niccols in drugi, 2012).

Po mnenju nekaterih tudi namestitev v rejništvo, kjer je v družini prisotna visoka ogroženost otrok, lahko pripomore k temu, da ima mati možnost razmisleka in izbire, kaj bo naredila v naslednjih korakih. Otrok pa je v tem času na varnem, in če mati želi, lahko ohranja z njim redne stike in se pripravi na vrnitev otroka (*»Da naj dajo otroke v rejo dokler se ne uredijo, ker gledam tako okrog. Pri nas je ena odvisnica, ki hodi s svojim otrokom tja, kjer se drogira, ga vsi narkomani božajo, ona se ga napije, da je čist pijana. Otrok joče ob pol devetih zvečer, ker ga je že toliko zeblo in jo je prosil če gresta lahko domov. Star je 4 leta in ona je bila tam pijana in je rekla: »Ne, ne še mal bova,« meni je bilo grozno videt.»*) (RNP PS 27).

Nekateri strokovnjaki pa zagovarjajo (Solis in drugi, 2015), da bi bilo v procesu okrevanja pomembno, da se tudi otrok vključuje v obravnavo, saj se lahko mati in otrok učita družinskega življenja, novih vzgojnih metod, mati vzpostavlja stik z otrokom trezna, pri čemer se lahko tudi sooča z novo izkušnjo, pri kateri potrebuje pomoč, kar so navedle tudi intervjuvanke. Navajale so, da bi potrebovale konkretno pomoč o tem, kako ravnati z otrokom (*»Ko sem rodila, da bi hodile prostovoljke okrog, da bi imela kakšno pomoč, da bi vedela kaj kupiti za previjati, jaz sem jo previjala na postelji in me je že takrat križ bolel, pa so že takrat obstajale previjalne mize.»*) (RNP R 5), kako prepoznati in se odzivati na različna razvojna

obdobja pri njem (*»Mogoče bi bil dober tak program, da bi se vse naučil, kako rokovat z otrokom. Da ni samo en otrok, ki je otrok enega odvisnika, za razvojno ambulanto. Meni je premalo razvojna ambulanta. So me naučili, kako ga prebiti pravilno, kako ga v naročje prijet, zdaj se igra bravo, bravo, dela, pol bo govoru, pol bo hodu do 18 leta, da bi te spremljali.«*) (RNP PS 28). Omenile so tudi, da bi potrebovale pomoč in znanje ter veščine o tem, da bi prepoznale težave pri otroku in ga tako zavarovale pred potencialnim uživanjem drog in odvisnostjo.

Kroll (2006) opozarja, da je pri obravnavi treba zagotoviti podporo otrokom, ki doživljajo stiske in stres. Pri tem je najpomembnejše, da se otrok osvobodi krivde o lastni odgovornosti zaradi uporabe drog pri starših, pomagati jim je treba, da znova dobijo občutek nadzora, ter jim omogočiti, da so otroci, da se vedejo kot otroci (saj pogosto prevzemajo vloga odraslega), ter jim dati upanje, da starši lahko okrevajo. Strokovni delavci se morajo zavedati tudi tega, da otroci potrebujejo podporo tudi po koncu zdravljenja staršev, kjer je v družini treba delati na novih pravilih, vlogah in na nerazrešenih čustvih ter njihovem strahu in tesnobi. Večkrat se v procesu reintegracije zgodi, da starši dobijo pomoč, otroci pa so prezrti in spet zapuščeni (Kroll, 2006).

7 PONOTRANJENA KODA MORALIZIRANEGA MATERINSTVA – ZAČARANI KROG STIGMATIZACIJE IN DISKRIMINACIJE

Kot poudarjajo številni strokovnjaki, ima prav stigma, ki je povezana z materami uporabnicami drog, številne družbene, materialne in psihološke posledice za mater in otroka (Poole in Isaac, 2001). Stigma izhaja iz stereotipnih predstav o nevarnosti in nekompetentnosti ljudi, na katerih temeljijo predsodki o nevarnem in nepredvidljivem vedenju. »Za osebo s stigmo ne verjamemo, da je čisto pravi človek, zato jo na različne načine diskriminiramo, s čimer zmanjšujemo njene življenjske zmožnosti.« (Goffman 2008, str. 34) Ustvarjamo ideologije stigme, s katero si pojasnjujemo njeno manjvrednost in dokazujemo, da je takšna osebnost nevarna. Kaže se s strahom in diskriminacijskim vedenjem do posameznikov ter lahko prikrajša ljudi za pomembne življenjske priložnosti (Švab, 2009). Diskriminacija je razumljena kot »neprimerno ločevanje« ali nedopustno razlikovanje in poteka znotraj določenih kategorij ali pripadnosti določenim skupinam. Temelji na predsodkih in stereotipih²⁴, ki so zakoreninjeni v kulturo neke družbe. To pa se kaže v formalnih in neformalnih oblikah segregacije, marginalizacije oziroma družbenega izključevanja posameznikov ali skupin (Kuhar, 2008). Matere uporabnice drog so torej nenehno podvržene stigmatizaciji, kar pa pri njih sproža občutke krivde, sram in sovraštva do sebe. Gre za proces samostigmatizacije, kjer posameznice prevzamejo stigmo in so prepričane, da je upravičena, ter postopno začnejo verjeti temu, kar drugi o njih govorijo. Deluje lahko tudi kot strah pred obtožbami zunanjega sveta, ali pa je odraz ponotranjnega sovraštva do samega sebe, ki izhaja iz pripisane stigme (Kuhar, 2008). Gre za ponotranjanje javnega in vodi k zmanjšanju samopodobe in samozavesti. Ali se bo stigmatizirana oseba uprla stigmati, pa je odvisno od družbe in kulture v kateri živi. Tudi uporabnice drog so razvile različne spketer strategij, da bi ubranile napade na svojo stigmatizirano identiteto, o katerih bombo govorili tudi v nadaljevanju. Ule (2004, str.186) govori o naslednjih strategijah: 1. prikrievanje stigme, ko stigmatizirani vodijo boj z informacijami in interakcijami, vse z namenom preprečevanja tega, da bi stigma prišla do izraza (izogibanje, kompenzacije, pretirana normalnost), 2. sprejem

²⁴ Ule (2005) opozarja na kvalitativne spremembe ob izražanju predsodkov. Ti niso več eksplicitno neposredni, pač pa prikriti in simbolni in se izražajo v pasivnem zavračanju drugih; pri tem se pojavljajo razlike, ki niso vidne na prvi pogled, kot so stopnja izobrazbe, zdravstveno stanje, življenjski slog in podobno, kar pa vodi v ignoriranje in distanco. V tem primeru smo soočeni s prikrito in simbolno diskriminacijo, ali kot pravi Rener (2008), s kultiviranjem nasilja, ki pa ga je težko zgrabiti in se bojevati proti njemu, pač pa se zdi, da je celo opravičeno in dopustno in da si ga celo žrtve zaslužijo (Rener, 2008).

stigmatizirane osebe popustijo, se vdajo in pristanejo na svojo pomanjkljivost in napade, 3. refleksija stigme, ko se stigmatizirane osebe trudijo za socialno-kognitivno predelavo stigme, ter se soočajo z razlogi za svojo drugačnost.

Ženske uporabnice drog so ena najbolj stigmatiziranih skupin, saj s svojim vedenjem kršijo in prestopajo trojne meje: meje spola, zakona in materinstva. Ženska uporabnica drog je tudi tista, ki s svojim vedenjem prestopa meje ženskosti ne škodi le sebi, temveč tudi svojemu plodu in otroku (Ettore, 2007). Tudi v primerjavi z drugimi ranljivimi skupinami so bolj stigmatizirane in diskriminirane. Uporaba drog med ženskami je tako označena kot bolj deviantna, ki bolj škodi družbi in otroku in jo družba bolj nadzoruje in kontrolira. Tudi Merrill in Monti (2015), ki sta naredila analizo raziskav, ki so se ukvarjale s stigmatizacijo pri uporabnikih drog, ugotavljata, da se stigma v desetletjih ni skoraj nič spremenila. Uporabniki drog so še vedno visoko stigmatizirani in moralno obsojeni, v najnižjo kategorijo pa padejo nosečnice in matere uporabnice drog.

V zadnjem času tudi splošna in strokovna javnost namenjata več pozornosti nosečnicam in materam uporabnicam drog kot drugim ranljivim skupinam. Velikokrat ženske uživalke drog etiketirajo, ker so spolno aktivne in so potencialno nevarne za okužbe in spolno prenosljive bolezni, ker so si sploh dovolile nosečnost, saj ne bi smele roditi otrok in biti matere. Na njihovo deviantnost pomembno vplivajo stereotipi, ki jih je spodbujala predvsem vojna proti drogam, torej politika in mediji, ki so droge prikazovali kot kugo za družbo. V 90. letih prejšnjega stoletja so mediji, predvsem v ZDA, začeli poročati o epidemiji »crack babies«, ko so selektivno poročali o materah, ki so jih začeli prikazovati kot slabe matere, ter o otrocih NAS, zaradi katerega so že kot novorojenčki pretrpeli abstinenčno krizo. Za to so bile odgovorne odvisne matere, ki so v svoje telo vnašale prepovedano drogo. Na deviantnost so vplivali tudi znanstveni prispevki, ki so v velikem številu začeli objavljati raziskave o vplivu droge na razvoj ploda in njenih posledicah ter statistične podatke o naraščanju števila rojenih otrok, ki so bili v maternici izpostavljeni drogam. Naslednji dejavnik je povezan z javnim mnenjem, ki je zaradi poročanja medijev razvila prezir do mater uporabnic drog. Znotraj politike je nastalo tudi gibanje, ki se je zavzemalo za pravice fetusa in katerega cilj je bil, da bi začeli fetus obravnavati kot osebo (Lyttle, 2012).

Na stigmatizacijo in diskriminacijo mater uporabnic drog pomembno vpliva tudi diskurz o idealiziranem materinstvu, saj v množičnem imaginariju še vedno prevladuje »absolutizem materinstva«, ki naj bi za žensko pomenilo veliko zadovoljstvo, bližino, izpolnitev ter začetek

večjega spoštovanja lastnega telesa (Oakley, 2000; Drglin, 2003). Kot pravi Connell (2009), je skrb za družino še vedno v središču ženske identitete in nanjo naloži tudi največji del krivde. Ženska nosi družbeno odgovornost za skrb, vzdrževanje in uspeh ter krivdo za njen propad. Materinstvo je torej celostna identiteta, ki zamegli predhodne družbene vloge in identitete ženske, in na ravni starševske vloge ni primerljiva z očetovstvom (Connell, 2009). Vloga matere je še posebno izpostavljena pri družbeni reprodukciji, predvsem pa je pomembna čustvena, medosebna, ali kot pravijo nekateri, socializacijska plat reprodukcije (Rener, 2008). Materinstvo je prežeto s tveganji, ogroženostjo, nevarnostjo, odgovornostjo in nenehno refleksijo o tem, kako dobro se nekdo zanima za svojega otroka. Od matere se pričakuje, da se bo seznanila s tveganji, ki bi jim lahko bili izpostavljeni otroci, in s tem, kako jih zmanjšati. Zdaj so matere odgovorne za številne težave, ki so bile včasih pripisane usodi in nesreči (Beck in Beck-Gernsheim, 1995; Lupton, 1999; Reed, 2009; Lee in Motzkau, 2011).

Primarna in ekskluzivna ženska identiteta materinstva se je utrdila prav na podlagi mita o materinstvu. Z reproduciranjem in utrjevanjem tradicionalnih oblik vedenja je mit o materinstvu postal najtrdnejši argument za legitimacijo umeščanja žensk v zasebno sfero. Utemeljen je na treh kolektivno sprejetih trditvah, ki izražajo identifikacijo ženske z materinstvom (ženska mora biti mati, ženska potrebuje svojega otroka ter otrok potrebuje svojo mater) (Oakley, 2000). Prva trditev izvira iz dveh vidikov položaja žensk v modernih družbah, in sicer socializacije v žensko vlogo in družbeno-kulturne konstrukcije starševstva. V kontekstu socializacije ima materinstvo univerzalni status samoumevnosti in nevprašljivosti. Zahodni kulturni prostor definira materinstvo kot najpomembnejši element ženske vloge – ženske, ki ne morejo imeti otrok, se pomiljuje, ženske, ki nočejo imeti otrok, so deviantne, ženske, ki imajo otroke in ne ustrezajo ideologiji materinstva, so brez čustev, egoistične, sploh niso prave ženske (Oakley 2000). Druga trditev o tem, da mati potrebuje svojega otroka, je utemeljena v domnevni biološkosti in univerzalnosti materinskega nagona. Biološka mati mora skrbeti za svoje otroke, ker jih je rodila in otrok to nedvomno potrebuje. Tretja kolektivna predstava je, da otrok potrebuje svojo mater. Potreba izvira iz specifike vezi med materjo in otrokom, ki se oblikuje v nosečnosti, zato je domnevno biološka mati edina oseba, ki lahko otroku daje in zagotavlja ljubezen (Oakley 2000). Tudi Švab (2001) meni, da ostaja »ideologija materinstva« v temeljih domala nespremenjena. Zanimivo je, da se tudi diada mati-otrok utrjuje še zlasti s protektivnim razumevanjem otroštva. Kljub pomembnim družbenim spremembam ostaja podoba materinstva idealizirana in biologizirana (Maher in Saugeres, 2007). Tudi v odločanje za otroka se je vrnil dvom, ali bom zmožel/zmogla.

Pomembno oviro pri tem pomeni stopnjevanje vzgojnih, socializacijskih, časovnih, finančnih zahtev, ki se povezujejo z otrokom, kajti v sodobni družbi je postalo starševstvo odgovorna naloga in prav to deluje danes kot breme in ovira pri odločanju za otroka. Otroštvo postaja vse bolj projekt, ki potrebuje skrben nadzor, stalen nadzor razvojnih stopenj in vodenje. Otrok postaja na nov način odvisno bitje, ki nenehno potrebuje navzočnost odraslih oseb, ki definirajo, skrbijo, svetujejo, upravljajo sedanje in prihodnje duševne in telesne potrebe otroka. To pa traja, dokler traja odnos odvisnosti, in ta se pri otrocih neznansko daljša (Ule in Kuhar, 2003, str. 58–59). Vidna sprememba na področju materinstva v poznomodernih družbah je razmah priročnikov o vzgoji otrok, otroški psihologiji, starševstvu, kar kaže na zelo visoko raven ekspertne supervizije materinstva oziroma na profesionalizacijo materinstva (Maher in Saugeres, 2007).

Mit o materinstvu vpelje lik »dobre matere«, ki razvija ljubeč, čuteč, predvsem pa požrtvovalen odnos do svojega otroka v smislu odrekanja. Ženske, ki, bodisi ne morejo ali nočejo razviti takšnega odnosa ter tako ne ustrezajo tej podobi, so izključene iz prevladujoče ženskosti (Valič, 2008). Ženske, odvisne od prepovedanih drog, se razume kot bolnice, ki so potrebne pomoči in nesposobne skrbeti zase, kaj šele za koga drugega, na primer otroka. Kot pravi Ann Oakley (2000), večina žensk občuti materinstvo kot začetek nečesa novega in hkrati kot izgubo. Z izgubo je mišljena predvsem izguba določene identitete, čemur se pridruži psihična in emocionalna čustvena izčrpanost. Z materinstvom so pogosto povezani tudi dvom vase, nizko samozaupanje in obenem močnejša potreba po povezanosti z drugimi ljudmi. Mnoge ženske se prepričane, da bo materinstvo izpolnilo občutek ženske identitete, potrebo po povezanosti z drugimi ljudmi in potrebo po skrbi zanje. Velikokrat je realnost drugačna in povezana z občutki krivde, ko matere ugotovijo, da materinstvo ni le delo iz ljubezni.

Tudi na področju odvisnosti od prepovedanih drog je imelo materinstvo osrednjo vlogo krivca za razvoj odvisnosti pri mladih generacijah, prav tako pa je nosilo težo odgovornosti za rojevanje že odvisnih otrok pri tistih, ki so že imele razvito odvisnost. Osredotočenost na materino vedenje, ki se je začela sredi 20. stoletja, je vse bolj poudarjala pomen materine vloge v otrokovem razvoju. Zato naj bi neustrezno materino vedenje pripeljalo do generacije zasvojenih otrok. Odvisnost naj bi bila značilna za družine, ki so hladne in sovražne, kjer je prisotna fizična in spolna zloraba, kjer je že prisotna odvisnost pri starših in kjer je veliko kaznovalne discipline. Vendar naj bi se pojavljala tudi tam, kjer imajo matere dominantno vlogo in kjer se odvisnost fiksira na simbiotični ravni in je posledica dolgotrajnega

povezovanja med materjo in otrokom (Abbot, 1994). Tako naj bi ženske prenašale odvisnost skozi materinstvo, spolnost in reprodukcijo in imele veliko večji vpliv kot odsotni oče. Največji problem, ki ga navajajo ob ženski odvisnosti, je izguba materinskega instinkta, ki velja za naravno poklicanost za materinstvo. »Gre za ostanek božje poklicanosti, ki se reflektira v argumentu o materinskem instinktu« (Leskošek, 2002, str. 252). V strahu pred tem, da bi ženske postale neprimerne matere ali da ne bi hotele več služiti družbeni reprodukciji, so politične elite začele predstavljati uporabo drog kot izkrivljeno ženskost in materinskost (Cambell, 2000). Kot pravi Štular (1999), je mit o materinstvu in produkcija »dobre« matere za konstrukcijo oblasti primarnega pomena, saj umeščenost materinstva v naravno pogojuje povezavo žensk in materinstva, posledično pa to predpostavlja umeščanje ženske v družino, kjer ima vlogo primarne skrbnice. Materinstvo je tako rekoč ženski pripisano, saj je to njena dolžnost in edino, kar izpolnjuje njeno eksistenco in je dokončni dokaz ženskosti. Tak odnos do uporabnic drog se danes vse bolj krepi, saj je idealizacija materinstva in odgovornost za zdrave otroke čedalje bolj usmerjena v ženske (Cambell, 2000).

7.1 Občutki krivde in sramu kot gibalo materinstva

Večina intervjuvank je izražala občutke krivde in sramu zaradi uporabe droge med nosečnostjo in starševstvom, ne glede na razloge in okoliščine, v katerih so jo uživale. Mati, ki uporablja droge, je tako videna ne le kot tista, ki zlorablja svoje telo, ampak tudi svojo reproduktivno funkcijo in svojo osnovno družbeno vlogo. Tukaj ima pomembno vlogo stigma, da opozori na ženske na njihovo neustrezno vedenje in tradicionalni spolni skript (Ettore, 2007).

Ker se matere uporabnice drog razlikujejo od kategorije, ki bi ji morale pripadati kot ženske, se njihova uporaba drog definira kot slaba, nevarna, drugačna. To je nezaželena lastnost, ki odstopa od pričakovanj o primernem materinstvu in s tem diskreditira matere uporabnice drog. Zaradi teh družbenih norm občutijo sram in krivdo, ki postane gibalo materinstva. Po mnenju Waller (2002) so sramota, sram in krivda del ženske odvisnosti. Stigma je zunanji pritisk, sram pa je notranje čustvo, ki ga ob stigmati občutimo. Sram je sicer pogosto čustvo, ki spremlja uporabnike drog, vendar je stigma bolj povezana z žensko odvisnostjo, še zlasti če imajo za sabo zgodovino spolne zlorabe in travme, kjer je sram del preteklosti in globoko zasidran v ženski (Waller, 2002). Funkcija krivde je, da se vzpostavi nadzor nad žensko,

njenim telesom in predvsem nad materinstvom (Štular, 1999). Z zatonom religioznega in vzponom racionalnega je treba krivdo na novo vzpostaviti, zato je krivdo prevzela znanost, ki s stališča odvisnosti opozarja na posledice uživanja drog med nosečnostjo in materinstvom.

»Ne dovolj dobra mama«

Pogosto so respondentke navajale, da čeprav se trudijo, da bi dobro opravile svojo materinsko vlogo, se počutijo kot »ne dovolj dobre matere«, kar pripelje do prevzema stigme oziroma do prepričanja, da je stigma upravičena, izključevanje pa utemeljeno in razlogi zanj resnični. Kot trdi Goffman (2008), se stigmatizirana oseba poistoveti s stereotipi in predsodki in začne delovati v skladu z njimi ter s tem potrjuje pričakovanja, ki jih imajo drugi do nje. Stigmatizirana oseba spozna in vključi stališče »normalnih oseb«, s čimer prevzema identitetno prepričanje širše družbe in splošno predstavo o tem, kako je imeti določeno stigmo in kakšne so njene posledice (*»Mogoče bi bilo boljše za vse, da jaz otroka ne bi nikoli imela. Zdaj se to ne bi dogajalo, kar se. Očitno ne znam bit mama, čeprav ga imam rada res.«*) (RNP PS 27).

Kot pravijo Brown, Hick in Tracy (2016), ženske uporabnice drog oziroma matere ponotranjijo več negativnih podob o sebi kakor moški uporabniki oziroma očetje. Večkrat doživljajo sebe kot breme za druge, za nezaželene, neljubljene in pomanjkljive ženske, matere in partnerke, saj jim to pripišejo tudi družba, strokovni delavci, partnerji (*»Ni prav, da ti dajo od začetka nalepko. Sploh jih ne zanima, ti si otroka naredil, to se otroku ne dela. Take sploh otrok ne bi smele rojevati. Pa take. In pol res misliš, da si res neki zelo narobe naredil.«*) (AVP PS 20). V svoji raziskavi je tudi Brown s sodelavci (2016) ugotavljala, da je posledica samostigmatizacije povezana tudi z večjo uporabo drog, anksioznostjo ter višjo stopnjo depresije, kar lahko potrdimo tudi v naši raziskavi. (*»Mene je kar prijelo, da bi šla splav delat pa tudi zaradi mene če me raztrgajo, me ubijejo, težko mi je bilo. Tak občutek krivde sem imela, da sem narkoman in da sem noseča. Sploh pa takrat, ko sem si šla po robo, ki sem jo rabila in nisem dobila MTD, takrat pa mi je bilo, kaj delam. Prav psiha ti toliko bolj dela, pol ko se zadeneš si nekaj časa v redu, ko pa nisi, pa bi se kar fental.«*)(AVP R 14)/(*»Jaz pa sem se toliko prejokala, pa toliko mi je bilo hudo, sem rekla, saj če sebe uničiš, sebe uničiš. Se zavestno uničiš, ker si že toliko star, da veš kako je. Tukaj pa je otrok, ki nič ni kriv, pa pride na svet v takem dreku.«*) (AVP SS 30).

Matere velikokrat poosebijo določene osebnostne lastnosti, ki jim jih pripisujejo drugi, da so nesposobne opravljati materinsko vlogo, da so hladne, odtujene, da se zaradi droge niso sposobne navezati na otroke oziroma da niso »prave ženske«. Tako se je ena od respondentk vso nosečnost spraševala, ali bo sploh kaj čutila do otroka (*»Najbolj me je bilo strah tega, da ne bom imela občutkov do otroka. Zelo sem se bala, ista kot mati si. Skoz sem se tega bala. kaj pa če jaz rodim, potem pa ne bom nič čutila do njega. Tega me je bilo zelo strah.«*) (RVP PS 3); ker ženske nimajo instinktivno prirojene vednosti in znanja o negovanju otroka in ne čutijo vseobsegajoče ljubezni do otrok, sledijo občutki krivde, da niso dobre matere (Štular, 1999).

Na uporabo drog med nosečnostjo so nekatere gledale kot na nekaj, česar ne bi več ponovile, saj naj bi bil otrok takrat najbolj izpostavljen posledicam droge, kar je neposredno povezano s tem, da mati vnaša v svoje telo nevarne substance (*»Ker jaz svojega otroka, jaz nisem videla v trebuhu. Jaz nisem čutila te povezave na začetku. V tem trenutku ti droga pomeni velik več. Noseč človek, ki je na drogi ne more čutit. Avtomatsko si prikrajšan za neke stvari, za katere niti sam ne veš, ker si jih potem zavedaš, da si. Ker če bi šla še enkrat skoz to, mislim da jaz na drogi otroka nikoli več.«*) (AVP SS 17). Ena od intervjuvank, ki je obtoževala sebe zaradi uporabe drog med nosečnostjo, pa bi drugim materam svetovala, da naj se ne odločijo za otroka, če uživajo drogo (*»Jaz bi jim svetovala drugim mamam, da naj se ne drogirajo med nosečnostjo in po nosečnosti, ker otroku škodujejo. Tako zelo, da sem naredila največjo napako, da sem se drogirala, ker sem se v tako stanje spravila, da je lahko kej narobe, ker sem bila skoz na neki meji. Naj se ne drogirajo, ker uničujejo otroka, ker lahko kej zboli. Potem so pa posledice zaradi tega, potem pa se sprašujejo zakaj je tako. Boljše, da nimajo takrat otrok.«*) (AVP SS 29). Večina respondentk je drogo predstavila kot izjemno škodljivo za nosečnost in materinstvo kljub pomanjkljivim znanstvenim dokazom, ki bi to potrjevali. Benoit in sodelavci (2015), ki so raziskovali, kako uporabniki drog doživljajo uporabo drog med nosečnostjo in materinstvom, so ugotovili, da je večina udeležencev pripisala materam vso moralno odgovornost za jemanje drog, ne da bi upoštevali družbene dejavnike, kot so revščina, neenakost in marginalizacija. To lahko potrdimo tudi v naši raziskavi, saj je bila uporaba/neuporaba drog pri večini sogovornic merilo, kako dobro opravljajo materinsko vlogo.

Nekatere intervjuvanke so se zaradi slabših življenjskih okoliščin in droge tudi zavestno odločile, da zapustijo otroka in ga oddajo v skrbništvo ali rejništvo (*»To kar sem delala zadnje dva meseca, ko sem se vračala v prazno stanovanje, to absolutno ni za otroka. To tudi*

jaz vem da ni in tudi ne bi jo vzela pod takim pogojem. Ni govora, da bi jo vzela nazaj. V zadnjem času sem začela piti alkohol, ki ga prej nisem. Zadnja dva meseca se mi je čisto zmešalo, jaz ne znam drugače pojasniti. Jaz sem se vračala v prazno stanovanje. Meni je bilo tako hudo. Prav trgalo se mi je, ker hčerke ni bilo doma.» (AVP SS 30).

Ena od respondentk pa je z odprto posvojitvijo želela poskrbeti za otroka, ker je spoznala, da ne bo zmogla skrbeti zanj. To je naredila tudi po nasvetu strokovnih služb (*... ker sem se sama potem odločila za rejo, ker sem videla, da ne gre tako. Da bosta imela več škode, če bosta z mano. Zdaj se moram najprej uredit, pa tako kot je treba. Ne da iz dneva v dan živim, pa da nimam niti za plenice, pa sem se tako odločila, da sem šla sama iskat pomoč na socialno.» (AVP R 22).*

Občutek, da niso dovolj dobre matere, in občutki krivde so tesno povezani tudi z odnosom do otroka in njegove vzgoje (*»Kaj manjka. Jaz bi mogla imet bolj mirne živce, malo več samozavesti kot mama, ker sem skoz mislim, kaj pa če sem slaba mama, kaj pa če to ni v redu, se bolj v en koš mečem, pomoč bi rabila.» (RNP SS 39).* Matere, katerih otroci imajo težave, se ves čas sprašujejo in obtožujejo, kaj so naredile narobe kot matere (*»Sprašujem se kako naprej, ker se ne koncu sprašujem, kje se mi je zalomilo, da je taka kot je. Ker je tako trmasta, samosvoja, čeprav so rekli, da to ni moja napaka, da taka pač je. Je narobe le to, da ne vztrajam dovolj dolgo.» (RNP R 8).* Zaradi mišljenja, da niso dovolj dobre matere, je nekaj intervjuvank izrazilo željo po pomoči pri vzgoji otroka (*»To kar nekdo reče je drugo, samo tisto naredit, no mogoče če bi nekdo zraven mene bil, pa mi rekel, zdaj pa tako tu, bi kar rabila, mislim da tu nisem najbolj dobra. Če bi obstajala ta opcija, bi pomoč sprejela.» (RNP PS 28).*

Primerjanje z drugimi uporabnicami drog

Uporabnice drog pogosto želijo sebe predstaviti kot matere, ki niso drugačne od drugih mater, ki nimajo težav z drogo, in so hkrati drugačne od drugih mater uporabnic drog. Tudi same večkrat povezujejo materinstvo in uporabo drog z neustreznim starševstvom, zato želijo pokazati, da same ne spadajo v to skupino ter da kljub drogi dobro poskrbijo za otroke, saj jo same uživajo drugače (na skrivaj, nikoli pred otrokom, v zmernih količinah) in tako, da je škoda pri otroku čim manjša. Bojijo se, da bi padle v kalup stereotipov in predsodkov, ki veljajo za matere uporabnic drog. Tako se je ena od uporabnic že pred porodom vključila v različne strokovne službe, da bi si od njih zagotovila potrditev, da je kljub odvisnosti dovolj ustrezna za materinstvo (*»Že preden sem rodila sem šla na center in tam naredila zapisnik, da*

imam vse za otroka, celo patronažo sem klicala. Nisem hotela, da me že v porodnišnici obravnavajo kot odvisnico. Zelo me je bilo strah.» (AVP PS 20).

Primerjanje z drugimi jim omogoča razlikovati se od drugih mater uporabnic drog, ki so v družbi videne kot »ne dovolj dobre matere« oziroma matere, ki jim je na prvem mestu droga. Nekatere so poudarjale, da niso »tipične odvisnice«, ki so etiketirane z različnimi nalepkami, na primer da ne skrbijo za otroke, da klošarijo, kradejo, manipulirajo ter da so odmaknjene od scene, kar jim omogoča drugačen slog življenja (*»To ni pri meni, ker nisem nikoli nobenega zmerjala, ker nikoli nisem kradla, nikoli nisem vzela robe. Jaz nisem nikoli bila na sceni, lahko vsakemu v oči pogledam. Z nobenim narkomanom nisem imela nobenega prepira, se tepla, jaz tega nimam.» (RNP SS 15).* Med drugim želijo poudariti, da niso nič drugačne od mater neuporabnic drog oziroma da imajo sposobnost za materinstvo oziroma materinski instinkt (*»Jaz sem imela ta materinski nagon, jaz sem bila bolj materinska.» (AVP PS 22)* ter da bolje skrbijo za otroke v primerjavi z drugimi uporabnicami, ki jih poznajo (*»Niso imeli kreme za mazanje otrok, pa sem si rekla, kako nimate denarja, če drogo prodajate. Jaz nisem bila taka kot druge, ki jim je bila najprej droga, potem šele otrok.» (AVP PS 4).*

Ker se nekatere zavedajo moči stigme, se želijo čim bolj izogibati krajem in situacijam, ki bi jih lahko povezali z odvisnostjo, hodijo po metadon ob urah, ko ne srečujejo nikogar, se ne zadržujejo na sceni in podobno. To jim omogoča, da se lahko ločijo od drugih uporabnic in uporabnikov drog (*»Sem šla na črno kupit metadon, pa sem se na črno čistila, pa tud brez vsega, pa sva zdržala. Pol naju je spet neki prijel, pa sva šla spet si kupit. Tako no, v bistvu zato sva tudi mogoče obadva gledala na ostale drugače, ker nisva bila tam dnevno, tako kot drugi. Tako ko gledam te na Metelkovi, pa skoz se neki kregat pa dret, meni je bilo to sramota.» (AVP R 14).* Ena od respondentk pa je bila presenečena, da so jo strokovni delavci povabili v skupino za matere uporabnice drog, saj je imela občutek, da tja ne spada, ker ni imela težav s policijo in CSD. Jezna je bila na strokovne delavce, da so jo enačili z drugimi (*»Ta skupina je bila narejena, ker nekaj punc, ker so bile pripombe od socialne in sodišča in iz policije, da jih videvajo v mestu, kako z otroci delajo, zato so pač mogle prit. Potem smo tukaj mi, ki imamo otroke in mogoče nikdar nismo imeli težav s socialno. Potem pa je res veliko takih, ki že imajo odvzete otroke ali pa so že v postopkih. Ne vem zakaj je ta skupina, v bistvu točno ne vem, zakaj so me povabili.» (RNP PS 28).*

Nepovratna identiteta »enkrat džanki, za vedno džanki«

Položaj odvisnosti od prepovedanih drog prinaša s seboj družbeni status, ki je trajen in se ga oseba ne more več znebiti. Družba velikokrat opisuje uporabnike drog kot poražence in ljudi, pri katerih se proces »džankizacije« nikoli ne konča (*»Pa to etiketiranje »enkrat džankica za vedno džankica«. Pa tudi če si ti 20 let čist te bodo imeli za džankico. Ker je tako.«*) (RNO PS 3).

Po mnenju Zaviršek (2000) se človek, ki enkrat dobi etiketo stigmatizirane osebe, tega statusa ne znebi in ostane v tako imenovanem vmesnem stanju, kar je posebna oblika družbenega nadzora. Prizadeti so prikrajšani za proces simbolnega prehajanja od nižjega k višjemu in odvzeta jim je možnost, da bi v vsakdanjem življenju izkusili prehajanje od ene strukture v drugo, kar pa pomeni končno stanje (Zaviršek, 2000). Vse to se prenaša tudi na vlogo materinstva pri uporabnicah drog. Ena od respondentk, ki je bila vključena v terapevtsko obravnavo, je tako opisala doživljanje odnosa strokovnih institucij in družbe do sebe kot matere (*»Jaz sem imela pripisano tablico, da sem hladna kot zapornik v zaporu, ko ima svojo številko. Imam etiketo, v komuni so mi jo pripisali. Pa tudi pustila sem otroka, to mi je bilo zelo očitano.«*) (AVP PS 17). Če matere dobijo nalepko uporabnice drog, jih strokovnjaki večkrat označijo za nespoštljive, nekompetentne starše in nevredne zaupanja. Tudi v hierarhiji uživalcev drog so ženske, sploh pa matere in nosečnice, najbolj stigmatizirana skupina, saj tudi z vidika uporabnikov kršijo meje spola in materinstva.

Predvsem tiste, ki so imele poleg odvisnosti več pridruženih težav (brezdomstvo, odvzem otrok, revščina in več poskusov zdravljenja), so imele manj upanja v spremembo. Ena od intervjuvank, ki je imela izkušnjo z dolgotrajnim brezdomstvom, več težav z zdravjem ter več poskusov vzpostavljanja abstinence ter recidivi, je dejala: *»To sranje ni ozdravljivo, dokler bo šlo bo šlo.«* (RNP R 6). Tudi dolgotrajno uživanje drog pripomore k občutku nemoči (*»Jaz sem rekla, da če si do 25. leta na terapiji je križ čez tabo. Ker zavlačuješ in vedno bolj zavlačuješ, težje je.«*) (RNP R 5).

Pri večini respondentk je primarna identiteta še vedno povezana z uporabo drog in jih določa ter etiketira. Tudi tiste, ki jim je uspelo abstimirati ali biti dlje časa stabilne na nadomestni vzdrževalni terapiji, so se še vedno v identitetnem smislu doživljale kot »vseživljenjske odvisnice – džankice«. (*»Samopodobo še zmeraj sem »džanki«. V čem pa sem drugačna od tistih, ki si vsak dan zabijejo heroin? Funkcioniram, ko pa pridem v krizno situacijo, pa prvo pomislim na heroin. Še zmeraj glede na to, da sem okoli te scene, ga zelo hitro najdem.«*) (RNP PS 3).

Dejstvo, da se lahko recidiv zgodi kadarkoli, tudi nekaj let po vzpostavljeni abstinenci, pri uporabnicah sproža nezaupanje v to, da bodo kdaj zmožle dolgoročno zaživeti brez droge. Tako je nekatere nenehno strah, kdaj se jim bo recidiv ponovil, kar je za nekatere dejavnik tveganja ali pa varovalni dejavnik. Ena od respondentk, ki je recidivirala po 11 letih abstinence, nima več upanja, da bi ji lahko ponovno uspelo abstimirati (*»Psihiatrinja me je vprašala, kako po tolikih letih, ko res nisem imela borb. Jaz sem popolnoma zaživela na novo, tako je. Od takrat sem spremenila razmišljanje, sem bila mnenja, da se droge da rešit. Da če imaš voljo, da če hočeš se da. Ampak, ko sem jaz padla. po tolikih letih, sem popolnoma spremenila mnenje. Zdaj sem mnenja, da se ne da nič naredit.«*) (RNP R 23). Tudi po spodrsaljaju z drogo zaradi občutka sramu, krivde in zaradi ponovnega neuspelega poskusa ne poiščejo strokovne pomoči. Pri nekaterih je minilo nekaj let, preden so se spet odločile za obravnavo (*»Ko narediš recidiv, ti imaš takega moralnega drugi dan, da te je ful sram. Namesto da bi povedal, te je sram, misliš, da boš splaval, ne boš. Toliko se moriš, da greš spet iskat in si noter. To je največja neumnost. To je bolezen, sram me je že pred vami.«*) (RNP PS 26). Sklepamo lahko, da ima pri tem razmišljanju pomembno vlogo medicinski pogled na odvisnost, ki je opredeljena kot kronična bolezen, ki jo spremljajo recidivi in remisije. Na drugi strani pa je pomemben tudi moralni pogled na uporabo drog, kjer je posameznik kriv za svoje odločitve in bolezen, kar dodatno povečuje stigmatizacijo. Tudi če mati uporabnica drog naredi spremembo, vzpostavi abstinenco, dobi službo, spremeni življenjski slog, stigmatizacija ostane (*»Ni mi prijetno, ko vidim da te sodijo potem, zaradi neke napake, ki sem si jo skuhalo, kar sem si skuhalo. Ni prav da te sodijo potem, ker ne vejo kdo si, kaj si, ker konec koncev nismo vsi enaki. Tudi tisti, ki niso odvisni niso vsi enaki. So mogoče še bolj pokvarjeni ljudje.«*) (AVP PS 17). Nekatere so se zaradi tega odselile iz domačega kraja in tako sebe in družino poskušale zaščititi pred posledicami stigmatizacije in diskriminacije. (*»B., ki je majhna, tam so vsi vedeli, pa takrat je bilo to tudi hujše obdobje, ko delaš bedarije, pa vse to zelo hitro gre. In to je bilo dobro, da sem šla iz B., ker ko zdaj razmišljam o tem, kako bi bilo njemu na tisti šoli grozno, po mojem bi bil ožigosan in avtomatsko psihično uničen.«*) (RNP PS 31).

Po mnenju Lloyd (2013) se posameznikom, ki imajo »diagnozo duševne bolezni«, pripisuje manjša sposobnost samoregulacije, kar vodi v nevarne in nepredvidljive dogodke. Več izkušenj s tem so navajale intervjuvanke, ki živijo v manjšem kraju, ker so bolj prepoznane in vidne in kjer okolje pozna njihovo zgodovino odvisnosti (*»V domačem kraju me poznajo ne samo kot odvisnico, s policije so mi naredili veliko sramote, etiketo so mi nalepili.«*) (AVP SS

30). Tako je ena od intervjuvank navajala, da so jo v domačem kraju, kjer so vedeli, da je imela težave z uporabo droge, še bolj očitajoče gledali, ko je bila noseča (*»Dosti je težko vse te očitke požirat, te poglede ljudi, pa nobenemu ne moreš povedat, ni fajn. Meni je bilo neki časa prav neroden iti po domačem kraju s trebuhom, pa ne zato, ker sem bila noseča, ampak zato, ker me vsi poznajo, ker vsi vejo, da sem bila narkoman, vejo vse o men. A veste kako je to ko vsi vejo.«*) (AVP PS 1).

S stigmo so se soočale tudi na področju zaposlitve, saj so večkrat imele izkušnjo, da so zaposlitev izgubile, ko so delodajalci izvedeli za njihove težave, tudi če so takrat abstimirale (*»Imam končano srednjo zdravstveno šolo, ampak tukaj ne dobim službo, sploh če kaj vejo, je to težko. Ali dobijo službo preko vez, če pa že vejo kdo si, te hitro vržejo v isti koš z odvisniki. Si želim da bi to delala, dvomim da bom dobila. Tudi če kam pridem, sem potem vse službe izgubila, sem bila v domu pa je bil nekdo ki je vedel.«*) (RNP SS 21). Vse te izkušnje s stigmatizacijo in diskriminacijo lahko znova vodijo v recidiv in droga spet postane sredstvo za odmik od problemov.

7.2 Stigma kot ovira pri procesu pomoči

V raziskavah starši pogosto navajajo, da med zdravljenjem njihov status uporabnikov drog preglasi starševstvo, kar pa pripelje do številnih ovir v procesu pomoči. Matere pogosto predčasno opustijo zdravljenje zaradi skrbi, da jih bo osebje obsojalo in jih obravnavalo drugače, ker so starši, obstaja večje tveganje javnega razkritja (kako jih bodo videli zdravniki, soseska, družinski člani, vrtec, šola), pa tudi zaradi sekundarnih učinkov na družino (da bodo otroci zasmehovani). Kot ugotavljamo v raziskavi, se intervjuvanke pri dostopnosti do pomoči soočajo z vrsto ovir, kot so kompleksni psihosocialni problemi, nedostopnost virov pomoči in družbeni učinek stigme. Stigma je ena večjih ovir in poslabša negativne izide okrevanja. Raziskave kažejo, da samo ena tretjina uporabnikov in uporabnic drog pride v obravnavo (Corrigan, 2004) in stigma je eden od dejavnikov, ki k temu prispevajo. Tudi ko matere vstopijo v sistem pomoči, je kakovost storitev slabša in prispeva k socialni izključenosti, ki se ne dotakne samo uporabnice, temveč tudi njene družine. Različni strokovnjaki (Scully in drugi 2004; Wright in Walker, 2007; Radcliffe, 2011) ugotavljajo, da oviro v obravnavi pomeni tudi strah pred izgubo otroka in vključitev CSD, še zlasti če je to povezano z drugimi tveganji, kot so nižji socialnoekonomski status, pomanjkanje varstva za otroke itd. Večina naših sogovornic je bila vključena v različne programe pomoči, saj so pri nekaterih institucije

že postavile zunanjo mejo, predvsem zaradi možnosti odvzema otroka ali pa jim je bil otrok že odvzet ali so skrbništvo prevzeli sorodniki in so v institucijah zdravljenje predstavili kot pogoj, da lahko vnovič pridobijo skrbništvo.

Prav zaradi možnosti izgube otroka uporabnice drog velikokrat ostajajo v sistemu pomoči nevidne, bodisi ker jih sistem ne prepozna oziroma bodisi tudi same želijo ostati skrite pred pogledi drugih. Redke študije iz evropskih držav so pokazale, da so v porodnišnicah v večjem številu pogosteje prepoznali prisotnost prepovedanih drog pri porodnicah, o kateri pa same niso spregovorile (EMMCDA, 2013). To sklepamo tudi iz naše raziskave, saj je bilo kar nekaj intervjuvank, ki jim je uspelo veliko časa prikrivati odvisnost tudi pozno v materinstvo, čeprav so se soočale z različnimi stiskami in težavami in pomoči zaradi strahu pred posledicami niso iskale. Naše respondentke so v času izvajanja intervjujev imele stik vsaj z enim programom, ki deluje na področju uporabe prepovedanih drog. V preteklosti pa so imele izkušnje z različnimi programi zdravljenja/obrnave, nekatere so šle skozi več ciklov zdravljenj. V času intervjujev jih je bila ena tretjina vključena v visokopražne programe ali so že dosegle abstinenco. Nekatere so bile v procesu priprave na zdravljenje in so bile vključene v ambulantno obravnavo. Tretjina respondentk je že imela izkušnjo z daljšo abstinenco od 1–6 let, vendar so nekatere še vztrajale v obravnavi zaradi strahu pred recidivom ali zaradi ukrepa CSD, saj so morale dokazovati abstinenco. Tri intervjuvanke so bile v recidivu. Tretjina jih je bila vključenih v nizkopražne programe.

Na oviro v obravnavi pomembno vplivajo tudi negativne izkušnje zgodnje obravnave, predvsem zaradi prisile k zdravljenju. Tako opisuje intervjuvanka svojo izkušnjo s komuno, v katero je odšla s 16 leti (*»Je rekel, da če ne bom šla v komuno ... če bi imel tako hči, bi jo s palico po hrbtu, če ne greš v komuno. Čez dve leti, ko bom šel z avtom mimo, te bom videl na cesti, ko se boš prodajala in take mi je govoril... So klicali mamo in ata, vse v zraku. Jaz še zdaj ne morem komune pozabit. Jaz sem prav trpela in sem imela najmanj energije od vseh tam, čeprav sem bila najmlajša. Vsi so imeli tam 22 gor, jaz nisem imela energije za vstat, prav v eno tako oblike depresije sem padla. Jaz sem se toliko namučila tam, da sem mislila, da od tam ven nikoli več ne bom prišla. Jaz sem verjela, da bom celo življenje tam.«*) (AVP PS 2). Prav tako so nekatere izražale nezadovoljstvo, razočaranje in jezo nad sistemom socialnega varstva, ker se v njihovi mladosti ni odzval na njihove stiske, tako kot bi same pričakovale, saj je odpovedal takrat, ko so pomoč potrebovale (*»Potem šele, ko je mami šla, se je socialna vmešala prej pa ne. Čeprav sem bežala od doma, nisem hodila v šolo, policija me je iskala, prej nobeden ni odreagirjal, šele pri 14 so odreagirali.«*) (AVP R 22). Negativno

izkušnjo s socialno službo je imela tudi intervjuvanka, ki ni ukrepala v primeru očetovega nasilja, čeprav sta s sestro vsem pristojnim službam zaupali svoje težave (*»Se mi je socialna zelo zamerila, ker nas takrat niso zaščitili. Smo šli k zdravniku, dokazi so bili od očeta in vse. Sva ga prijavi s sestro, sva imeli priče pa vse, pa zdravnica ja dala izvide, pa vse. In nam niso stali ob strani, nobeden, ne vem, kaj je bil razlog, zakaj nas niso zaščitili.«*) (AVP PS 35). Negativne izkušnje so pomembno vplivale na nezaupanje do strokovnih služb tudi v kasnejšem obdobju njihovega življenja, ko kljub stiski niso želele iskati pomoči v okviru institucij.

Odgovornost starševstva kot ovira za vstop v zdravljenje

Čeprav so intervjuvanke večkrat navajale, da je bil zanje prav otrok velika motivacija za spremembo in so se tudi zaradi otroka ali zunanje meje, ki so jim jo postavile institucije, odločile za zdravljenje, pa je nekatere matere ravno skrbstvena obveznost ovirala pri vstopu v zdravljenje, kar kaže, da programi pomoči niso prilagojeni potrebam mater. Oviro zanje pomeni predolga odsotnost. Ker nekatera zdravljenja predolgo trajajo, bi ločenost od otroka težko zdržale, saj imamo v Sloveniji premalo programov, v katerih gre lahko uporabnica na zdravljenje skupaj z otrokom (*»Ne bi šla, ne bi zdržala brez otroka res ne bi, prej bi lahko, ko še nisem imela nje, ne vem če bi lahko bila brez otroka 2, 3 mesece dvomim.«*) (RNP PS 28). Tiste, ki nimajo možnosti, da bi otrok na zdravljenju bival skupaj z njimi, nimajo podpore v domačem okolju in nimajo zagotavljenega varstva (to je predvsem težje za matere samohranilke, ki nimajo svojcev ali dobrih odnosov s svojci, ki bi jim zaupale otroka v varstvo), se težje odločijo za obravnavo.

Ena od respondentk se je odločila za postopno zniževanje nadomestne vzdrževalne terapije, ker si daljše odsotnosti ne bi mogla privoščiti. Sicer bi bili lahko otroci med zdravljenjem nameščeni v rejništvo ali kakšno drugo institucijo za namestitev otrok (Palčica), vendar matere po teh možnostih ne želijo poseči, razen v izrednih razmerah, ko to predlaga tudi CSD ali je to del individualnega načrta ali izrednega ukrepa (*»Sedem let sem na metadonu, dolgo. Nekaj si znižujem. Sem rekla, da je boljše tako, zaradi otrok. Jaz si ne morem privoščiti, da bi zdaj imela krizo. Mogoče bi bilo prenaporno, pa pri treh otrocih, to ne gre. Niti nimam takega varstva, da bi zdaj jaz rekla, ne vem dva tedna dam otroke mami, pa bi jaz to izpeljala vsaj tisto prvo, sem rekla raje počasi pa nekaj bo.«*) (RNP PS 27).

Čeprav večina programov omogoča vsakodnevne redne obiske otrok, se nekaterim materam zdi to premalo, nekatere pa tudi nimajo informacij o programih in si predstavljajo, da so

obiski otrok zelo omejeni ali celo da nimajo pravice do obiskov (*»Vem ja, da mam lahko dvakrat na teden obiske, vendar se mi zdi to malo.«*) (RNP PS 34).

Nekaterim je žal, da se za zdravljenje niso odločile že prej, ko otrok še ni bil rojen ali ko je bil mlajši, ko se še ne bi zavedel njihove odsotnosti. Spraševale so se, kdaj bi bil najbolj ustrezen čas, ali v predšolskem obdobju ali v času šolanja. Zavedajo se tudi, da če bi šel otrok z njimi, bi ga morale izključiti iz ustaljenega ritma šolanja in iz znanega okolja (*»Jaz bi imela tako domotožje, jaz ne bi mogla, jaz se poznam sebe. Škoda da pred tem nisem šla, ampak človek drugače razmišlja takrat, zdaj pa nisem pripravljena iti zaradi nje. Jaz bi vzela svoje stvari pa šla, ne bi zdržala na zdravljenju. Mogoče, ko bo malo večja. Zdaj pa je že toliko stara, da že ve, da mame ni. Če bi bila manjša bi bilo mogoče lažje, ker še toliko ne ve.«*) (RNP PS 37).

Ena od respondentk se za zdravljenje ni mogla odločiti, ker otrok ni vedel za njeno odvisnost, z vstopom v program pomoči pa bi lahko prišlo do razkritja (*»Metadon skrivam, da ga kdo ne najde, niti ne slutim. Če bi šla na zdravljenje, ne vem kako bi to speljala.«*) (RNP PS 27).

Nekatere ne želijo, da bi bil otrok kakorkoli izpostavljen sceni, abstinenčni krizi in scenskemu vedenju v programih (*»Meni so rekli, da bi jo lahko zraven vzela, tudi ne more v takem okolju živeti, tudi jo ne bi tja peljala, da bi to gledala zraven.«*) (RNO SS 10). Navajale so tudi strah pred tem, da bi se na zdravljenju zaradi abstinenčne krize neustrezno odzivale na otroke (*»Tam si tečen, pa živčen mislim, da si ne bi zaslužila. Tam si nervozen in se podzavestno zneseš nad njo, mogoče malo povišaš ton nad otrokom. Ne vem, kako bi to potekalo, ne vem. Ni tako enostavno.«*) (RNP PS 28).

Poleg obveznosti, ki jih prinaša materinstvo, pa so velikokrat uporabnice tiste, ki imajo v družini skrbstveno vlogo, zato jih skrbi, kdo bo poskrbel za gospodinjstvo med njihovo odsotnostjo (*»Mogoče bi bilo še hujše če bi jaz šla si mislim, ali pa kako bi bilo doma, ali pa kako bi oni zmogli, jaz si tako domišljam.«*) (RNP SS 13).

Strah pred razkritjem in izgubo otroka

Strah pred razkritjem in izgubo otroka je prav tako velika ovira pri vstopu v sistem pomoči (Poole in Isaac, 2001; Suchman in drugi, 2008; Radcliffe, 2011). Velikokrat zaradi strahu pred nadzorom, obsojanjem in potencialno možnostjo odvzema otroka ne zaupajo težav, ki jih imajo v zvezi z uživanjem drog, vzgojo otroka in podobno. Navzven želijo prikazati idealno podobo matere in starša, zato so velikokrat v obrambni drži v odnosu do strokovne pomoči, je ne izkoristijo in problemi ostanejo prikriti. Matere večkrat navajajo strah in skrb, da bodo z

vstopom v institucije bolj nadzirane, kako skrbijo za otroke, kako jih vzgajajo, kje delajo napake (*»Veste kaj se bojim, da zdaj, ko bom šla na zdravljenje, bodo začeli me kontrolirat in nadzirat, kako skrbim za hčerko. Prej je bilo vse v redu, zdaj pa lahko kar naenkrat ni več.«*) (AVP PS 12).

Ena od intervjuvank pa se zaveda, da bi pomoč potrebovala, vendar se institucijam izogiba zaradi nadzora ter tega, da bi informacije o njej prišle v domače okolje (*»Posebno pomoč jaz sigurno je v redu, žal pa je že tako, da vsaka, plus okolica to bolj tako sprejema, da te nekdo gleda, pa nadzira, kakorkoli imaš tak občutek, da nisi več sam z otrokom, da vsi vedo. Jaz tudi tako ne zaupam, ker tudi če je strokovni delavec, govori o tem, kaj se mi je v službi zgodilo, ne vem. Jaz osebno bi rajši bila sama, mislim da ne bi imela pomoči.«*) (RNP PS 31).

Respondentke so uporabljale različne strategije prikrivanja in nadzorovanja za obvladovanje stigme. Gre za mehanizme, ko se stigmatizirana oseba vede, kot da bi bila njena znana drugačnost nepomembna in se z njo ne bi bilo treba ukvarjati, in ko želi posameznica nadzirati informacije o svoji pomanjkljivosti, jo razkriti ali ne, povedati ali ne, zaupati ali ne, lagati ali ne, v vsakem primeru pa kako, kdaj in kaj povedati (Goffman, 2008). Prav zaradi številnih koristi, da se kažeš navzven kot »normalen«, skoraj vsi ljudje, ki imajo možnost zamolčati svojo stigmo, to kdaj tudi namenoma naredijo (Goffman, 2008, str. 69). Dokaz, da so uspešno prikrivale svoje težave, je, da jih drugi niso nikoli povezali z uporabniki drog, saj funkcionirajo kot drugi »normalni ljudje« in po ničemer ne izstopajo (*»Nikoli nisem imela občutka, da sem bila diskriminirana, bi pričakovala, da ko sem povedala, da ne bo v redu, pa ni bilo težav. Sosedje pa me videvajo vsaki dan, ena sosedja, ker se več druživa, ker ima otroka, pa je rekla, za tebe ne bi rekla nikoli.«*) (RNP SS 9).

Pri tem uporabljajo različne strategije prikrivanja in nadzorovanja:

- **distanca od scene in odvisniške družbe:** (*»Pa še zdaj mene malokdo prebere. Malokdo vidi, da sem odvisnica. Nikoli mi ni bilo to v ponos. Jaz si nikoli nisem hotela privoščiti, da bi hodila v tako družbo in tako naprej.«*) (RNP SS 30);
- **dostop do droge prek partnerja ali osebnega dilerja:** (*»Zame tudi drugi niso vedeli, da se drogiram, ker se nisem izpostavljala, ven nisem hodila po robu, ker smo imeli drogo doma.«*) AVP PS 2);
- **skrito in nadzorovano uživanje drog:** Nekaterne so drogo uživale na načine (brez injiciranja, na skritih krajih), da okolica in celo družina niso prepoznali njihovih težav (*»Zame so izvedeli, da imam težave z odvisnostjo zelo pozno, ne tako hitro kot za njega,*

ker on je zmeraj imel, ko je šel v drogo je šel totalno do konca. Jaz sem nekak držala to, nobeden ni vedel zame.»(AVP SS 37)/(»Nobeden ni vedel zame. Delala sem izpit za avto, avto sem imela, niso sploh posumil za mene.«) (AVP PS 1);

- ***nestereotipna podoba matere uporabnice drog:*** *(»So bili zmeraj presenečeni, ker so pričakovali, da bom ne vem kakšna pač odvisnica, pol pa so bili zmeraj prijetno presenečeni, ker ni tako. Imajo neke predstave, kakšen naj bi bil kot odvisnik. Zame noben ne misli, da sem odvisnica, ker sem malo bolj močna. Vsi imajo v glavi, da če si mal bolj močen, to ne moreš bit. Vsi imajo predstavo, da moraš bit suh, zanemarjen, potem so presenečeni, pa to v materinskem domu.«) (AVP SS 12)/(»Niti mama, niti nobeden ni vedel, jaz sem delala, jaz sem normalno živela. Mama je lahko vedela ampak si je zapirala oči. Imela sem službo, hladilnik je bil poln, položnice so bile plačane.«) (AVP PS 1);*
- ***druženje z neuporabniki drog:*** *(»Okolica ne ve, da imam težave z odvisnostjo. Imam prijatelje, ko nikoli nisi imeli nič s tem.«) (RNP PS 27).*

Vendar prikrivanje lahko zahteva veliko psihičnega napora in pomeni dodatno stisko in obremenitev za uporabnico *(»Za en teden sem imela MTD, ko sem prišla iskat, sem mogla iskat luknjo, da me nobeden ne vidi. Skoz neko skrivanje, ves čas. To je hujše kot drogiranje.«) (AVP SS 15)/(»Sem lahko talk dolgo skrivala, ker sem zmogla vse sama urejat. Dokler ni prišlo do te rutine, da ves čas iščeš, ves čas nekaj rabiš. da funkcioniraš. Zjutraj da lahko otroke zbudiš. Jaz sem ves čas jemala samo MTD.«) (AVP R 14).* Prikrivanje stigme je torej psihološko breme, ki vodi do občutkov izoliranosti, prevare, strahu pred razkritjem in onemogoča vzpostavitev pristnih stikov z ljudmi. Stigmatizirani, ki poskušajo zamolčati svojo stigmo, lahko postanejo obsedeno prezaposleni, kar vpliva na vsakodnevno funkcioniranje ter na njihovo psihološko in fiziološko počutje (Smar in Wegner, 2000). Kot pravi Goffman (2008), je zamolčevanje stigme lahko pogojeno z nenehno tesnobo, ker stigmatizirani živi življenje, ki se mu lahko vsak hip sesuje. Tudi občutek sramu in krivde jih omejuje, da se ne vključijo v sistem pomoči ali s tem odlašajo. Tako se je ena od intervjuvank vključila v zdravljenje šele ob rojstvu otroka, ko je bil pri njem prepoznan NAS in ji je socialna služba postavila zunanjo mejo *(»Res prav sram me je bilo, temu sem se nekako izogibala. Samo zaradi tega. Sem pa skoz imela namen, da bi nekaj naredila, sem šla tudi do osebne zdravnice in sem ji povedala, da imam problem in da me je sram it na MTD.«) (AVP PS 35).*

Po mnenju Goffmana (2008) so tudi bližnji tisti, pri katerih si bo stigmatizirani prizadeval prikriti nekaj sramotnega, ker se zavedajo, da bi z razkritjem prišlo do konfliktov, razpada družine, saj so tudi pri svojcih prisotni različni stereotipi in predsodki o uživalcih

prepovedanih drog (*»Mami sem povedala preden sem šla noter, en mesec prej. Sem lahko toliko dolgo skrivala, ker sem zmogla vse sama urejat, vse skupaj sva urejala.«*) (AVP SS 16). Intervjuvanke so tudi pred otrokom želele prikriti težave, saj so se bale, da bo razkritje prineslo škodo za vso družino, predvsem pa slabši odnos z otrokom. Uporabljale so različne strategije prikrivanja, o katerih smo govorili že v prejšnjih poglavjih (skrivališče za drogo, neuživanje drog pred otrokom, izogibanje zdravstvenega doma in okolice, kjer se zbirajo uporabniki in prejemajo metadon), ali pa so uporabljale različne izraze, da bi prekrile svoje težave (pitje soka namesto metadona, grem v bolnico zaradi zdravil ...). Kot pravi Goffman (2008), mora posameznik, če hoče obvladovati svojo osebno identiteto, vedeti, komu dolguje veliko informacij in komu malo, čeprav se mora verjetno v vseh primerih vzdržati tega, da bi se naravnost zlagal. Posledično potrebuje spomin, se pravi, da mora imeti v glavi pripravljeno natančno poročilo o dejstvih iz svojega trenutnega in preteklega življenja, ki bi ga utegnil dolgovati drugim. Stigma in prizadevanje, da bi jo prikri, postane stalni del posameznikove osebne identitete.

Tudi v sistem socialnega varstva vstopajo pod krinko; največkrat se vanj vključijo zaradi denarnih prejemkov. Če pa jih strokovni delavci prepoznajo, večkrat tudi tak pristop, da pogosto menjavajo bivališče in se s tem izognejo nadaljnji obravnavi. Ker je sistem izmenjave informacij med institucijami slabši, se nekaterim uspeva skriti, čeprav je v družini prisotna težka problematika. Največkrat si bivališče iščejo v večjih mestih, kjer je sistem večji in se porabi več časa, da pride določena problematika na površje. Eni od respondentk je uspelo izogniti vsem institucijam, čeprav je bilo v družini veliko problemov (nasilje, aktivno uživanje drog). Hčerke ni vodila na sistematske preglede, prav tako ni bila vključena v noben program pomoči na področju odvisnosti od prepovedanih drog. Ker je bila finančno neodvisna, tudi ni bila prepoznana v sistemu socialnega varstva (*»K zdravniku je tudi nisem vozila, na sistematski so me klicali prvo leto sem hodila, potem ne več. Potem sem menjala še doktorico, ker me je bilo sram jo peljat prejšnji, mene je bilo celo življenje sram. Ne vem, tudi potem ko sem bila že sčiščena na DTO, me je bilo sram. Zdaj je že boljše, me je bilo ful sram k tisti zdravnici, sem jo hotela peljat, pa sem jo pol zamenjala, pa sem klicala, sem dala drug termin, pa je šlo naprej. Je šel čas mimo. Jaz sem mislila, da je šel en teden mimo potem kličem, kdaj je bila naročena, že šest mesecev nazaj. Tako, da je sem se izmuznila vsem sistematskim. Nobeden ni vedel.«*) (AVP PS 2).

Zunanja meja

Tiste, ki so se odločile za zdravljenje, je v večini primerov v obravnavo usmeril CSD, kar kaže tudi strokovna literatura (Pyng Sun, 2009). Največkrat je razlog za iskanje pomoči predvsem v omejitvah, ki jih postavijo strokovne institucije, ali pa so bili otroci že nameščeni v rejništvo in jim je CSD izrekel ukrep zdravljenja, saj bi v nasprotnem primeru prišlo do odvzema. Zdravljenje torej postane pogoj, da imajo možnost ponovne združitve z otrokom oziroma da z njim sploh lahko obdržijo stike. Pri nekaterih je bila tudi vključitev v nadomestno vzdrževalno terapijo predstavljena kot pogoj, da lahko obdržijo otroka, oziroma izbira za bolj zdravo nosečnost. V teh primerih lahko sklepamo, da so matere uporabnice drog pripravljene veliko narediti, da bi otroka obdržale ali znova pridobile skrbništvo. To pomeni, da prostovoljno sprejmejo več nadzora in usmerjanja institucij, saj jim morajo dokazati, da so »ustrezne matere« (*»Jaz sem se odločila za zdravljenje predvsem zaradi nje, zaradi staršev. Če bi bila jaz sama, se ne bi odločila.«*) (AVP SS 37).

Nekatere intervjuvanke pa so navajale, da bi zunanje omejitve potrebovale oziroma bi jim pomagale pri tem, da bi naredile korak k zdravljenju. Upale so, da jih bo nekdo neposredno soočil s problemom in jim predlagal zdravljenje, saj same tega koraka niso zmogle narediti (*»Jaz sem upala, da bo samo moj brat rekel, »Daj pismo, a ti lahko jaz pomagam. Nekaj že naredita.«. Ne vem, skozi sem rabila, da me nekaj naprej potegne, ker da bi kdo opazil mojo stisko, ker še zdaj sama prvi korak težko naredim, ne upam ga narediti. Jaz zmeraj čakam, da me nekdo porine, da je že taka kriza, da moram narediti korak.«*) (AVP R 14)/ (*»... vem da je težko poiskat pomoč, ampak eden te more prisilit ni druge, ker sam se ne boš. Saj maš rad otroka ampak, da bi ti sam rekel sam drogi ne, da bi ti sam poiskal pomoč, ne vem jaz ne poznam nobeno.«*) (AVP PS 17).

Večina intervjuvank je prepričanih, da če bodo poiskale pomoč same, bo sledil odvzem otroka (*Jaz sem mislila, da če bom rekla socialni delavki, da ne morem več skrbeti za otroka, da mi ga bodo takoj vzeli*) (AVP PS 15). Odvzem otroka naj pa bi bil po mnenju strokovnih delavcev zadnja izbira v kriznih situacijah, ko je treba zaščititi otroka in gre za ukrep po javnem pooblastilu zaradi zanemarjanja in zlorabljanja otrok. Vendar je treba prej narediti vse, da se družina ohrani.

Ena od intervjuvanih mater je izjavila, da bi moral biti v družinah, kjer imajo starši težave z odvisnostjo, bolj prisoten nadzor zunanjih institucij, saj bi se matere bolj trudile za skrb in nego otroka, ker bi zmeraj obstajala možnost, da nekdo vstopi v družino in preveri, kaj se dogaja (ali je mati pod vplivom substanc, ali je poskrbljeno za otroka ...) (*»... da veš da*

nekdo lahko vedno pozvoni in pogleda, kaj se dogaja, da bi lahko kadarkoli lahko nekdo prišel pogledat, da veš, da moraš vsaj malo imeti urejeno, da mora biti hladilnik poln, da mora biti hrana sveža.» (AVP SS 29).

Na drugi strani so nekatere intervjuvanke trdile, da ni enoznačnega odgovora, kaj pri posameznici sproži odločitev za obravnavo in kaj v nekem trenutku odloča, da nekdo sprejme odločitev za zdravljenje, ter da je to vedno povezano s posameznico, njenimi vrednotami, lastno motivacijo, ki vodi v spremembe, in ne prisila. V procesu pomoči pa je pomembno, da ima posameznica možnost izbire in čas za odločitev in izpeljavo spremembe. Ena od intervjuvank pa je opozorila, da morajo matere imeti priložnost za spremembo in imeti čas za okrevanje ter da se takoj ne poseže po drastičnih ukrepih, kar lahko vodi v poslabšanje duševnega zdravja matere (*»Za tiste ko hočejo za tiste, ki nočejo je brez veze, če hočejo jaz ne vem, ne vem, naj kličejo na socialno se spovejo, naj potem odprejo postopek. Koliko je takih, ko jim otroka vzamejo v enem mesecu, ko človek nima niti možnosti se odločit iti na zdravljenje. Nimam odgovora.«*) (AVP SS 16).

Po izjavah mater lahko sklepamo, da si pomoči želijo, vendar jih ovire, kot so strah pred obsojanjem ali pred izgubo otroka, ter občutki krivde in sramu ovirajo pri tem, da bi jo poiskale, zato bi morali strokovni delavci odgovoriti na njihove prošnje in jim znati ponuditi pomoč.

Neobveščенost

Nekatere respondentke so v sistemu pomoči in programih imele oziroma imajo premalo informacij. Večkrat so izjavile, da jih strokovni delavci niso dovolj dobro seznanili s tem, kaj vse jim je na voljo in kam se lahko obrnejo po pomoč (*»Tudi nismo dovolj informirane. Premalo je informacij, kam se lahko vključimo na zdravljenje. To bi moglo bit nekje na veliko napisano. Tako kot piše, kdaj moraš priti metadon spit, tam bi moglo biti napisano tudi kam se lahko vključiš. Piše, da moramo bit pridni, pa takoj zapustit prostor. Pa neki piše za hepatitis c, pa neka inovacija, zakaj ne napiše zraven, kje se lahko zdraviš, kje pa to piše.«*) (AVP PS 20).

Razlogi, zakaj strokovni delavci ne dajejo informacij, so lahko različni: mislijo, da uporabnica ni motivirana, osredotočajo se samo na storitve, ki jih izvajajo v okviru programa, primanjkuje jim časa, niso dovolj obveščeni itd. (*»Išči si pomoč, meni je čudno, da mi nikoli niso niti omenili kam lahko grem.«*) (AVP SS 37). Ker uporabnice ne vedo, katere oblike

pomoči imajo na voljo, tudi ne vedo, kako in kaj naj vprašajo (*»... mogoče če bi vedela, bi tudi znala tudi drugače vprašati in bi se tudi drugače končalo s hčerko.«*) (RNP R 32). Tukaj se lahko vprašamo, koliko je sistem občutljiv za stiske uporabnic in koliko jih v sistemu pomoči prepoznajo (*»Bi rabila nekoga, ki bi vedela, da bi se lahko res obrnil na njega, ki mi trdno stoji ob strani, ki mu lahko vse povem, takega sem pogrešala. Tudi v vlogi mame, bi rabila pomoč. Kriva sem dosti sama, ker nisem šla poiskat pomoči, nisem niti vedela, na koga naj se obrnem, kako naj poiščem pomoč. Vedno znova se je dogajalo, da sem se začela zadevat. Danes bom pa malo več MTD spila, pa bo vse super doma, take narkomanske. Zdaj če se ga bom malo zadela, bo vse lažje bo vse.«*) (RNP SS 9).

Intervjuvanke so med drugim opozorile, da je predvsem v nizkopražnih programih premalo spodbude in motivacije za zdravljenje in abstinenco, zato nekatere leta vztrajajo na isti stopnji obravnave (*»Jaz sem se odločila za zdravljenje, v bistvu mama. Jaz sploh nisem vedela za ta program. Jaz ko bom končala vse to, bom napisala majhno knjigo in to v kinodvorani predstavila. To mi je dala predlog moja prijateljica, ki študira smer odvisnost. Enostavno ne vedo, ni informacij, da bi se skupaj usedli, pa ti povedali. Nihče me prej ni nikoli noben spodbujal, da bi kej naredila.«*) (AVP SS 16), ter premalo svetovanja (*»Tu na terapiji je premalo mogoče nekega pogovora z doktorjem, ki je naš psihiater, mislim, da je tu malo premalo, da bi nekdo poslušal. To je vse na hitro, saj on je super doktor ampak bi včasih rad imel pogovor, saj pridem sem po tablete, pa neka zdravila, pa to pridem. Da bi se prej pogovarjal, ker ga 10 ljudi prej razjezi, je slabo volje, 5 minut pa lahko greš.«*) (RNP PS 28). Na tem mestu bi bilo smiselno razmišljati o vpeljavi multidisciplinarnih timov, ki bi bilo usmerjeni v izvajanje različnih storitev in bi se prilagodili posamezni uporabnici.

Eden pomembnih dejavnikov za vstop v zdravljenje je tudi prepoznavanje problemov v družini, s čimer pa imajo strokovnjaki težave. Pogosto zaradi spolne senzitivnosti pri vprašanih o problemih odvisnosti neradi sprašujejo ženske o tem, ali uživajo droge, posledično se pri ženskah manj prepozna problem odvisnosti in zato ne dobijo ustrezne pomoči (Grella in Joshi, 1999). Strokovno osebje manjkrat prepozna težave z odvisnostjo pri ženskah kot pri moških (Grenfield in Sugeran, 2001). Negativne reakcije strokovnih delavcev na odvisnost pa lahko pripomorejo tudi k temu, da se uporabnica umakne in ne deli informacij. Kot opozarja Švab (2009), je manjša kakovost zdravljenja in pomoči najhujša posledica stigmatizacije. Ustrezna pomoč je tista, ki je podprta z dokazi in obravnava uporabnice celostno, in tista, ki odgovarja na njihove zdravstvene, socialne, psihološke in duševne potrebe ter uporabnici omogoča, da ohranja in krepi samospoštovanje in moč.

Krepitev moči pa je eden od dokazanih ukrepov, ki pripomorejo k obvladovanju odvisnosti od prepovedanih drog.

Stigma in diskriminacija svojcev

Kot pravi Kuhar (2009), stigma deluje tudi kot nekakšna okužba, saj stigmatiziran ni samo posameznik z določeno identiteto, ampak tudi ljudje okrog njega, sploh če se določena identiteta zdi sramotna. Zaradi odvisnosti od prepovedanih drog pri materi imajo pogosto izkušnjo s stigmatizacijo in diskriminacijo tudi njihovi svojci, predvsem otroci, ki so prav zaradi tega večkrat izključeni iz svoje socialne mreže. Družbeno zavračanje tako ne vpliva samo na stigmatiziranega posameznika, pač pa na vse, ki so vpleteni. To vodi k temu, da ljudje omejijo svoje odnose z drugimi stigmatiziranimi in s tistimi, pri katerih socialne vezi prevladajo nad stigmatizacijo, čemur pogosto sledi socialna izolacija (Goffman, 2008). Otroci respondentk so že imeli izkušnjo vrstniškega nasilja, ki je bilo posredno povezano tudi z materinim uživanjem drog (*»Enkrat so šli na plažo so bili eni sosedje, so bile dve punčki, pa ona, pa so šle na plažo, pa se je ena k njej obrnila, pa je rekla: »Tvoj oče se drogira«, tako jo pogleda in pravi: »Saj mama tudi.« Pa ona kar tiho in gleda in sem ji rekla, prav si naredila. Saj ne moreš nič, ko sam veš, ko priznaš, po ti je že vseeno, ker si že navajen.»*) (AVP SS 37). Deležni so tudi izključevanja iz vrstniške družbe (*»Mogoče je najbolj slaba vest, ne vem nekajkrat se je zgodilo tudi to, da sva prišla sem čeprav to ne vem, če je z mano vezan. Je bila tukaj soseda, otroci so bili zunaj in ko so prišli noter je rekel eden izmed otrok, da se ne sme z njimi družiti. Pa mu je dedek rekel, da zato, ker smo čudni. Vidiš, ne vem, če je bilo to z drogo povezano. Dvakrat se je sigurno zgodilo, da je na njega nekaj padlo, saj otrok ni nič kriv. On je bil tako vesel te družbe, se je jokal, jaz pa nisem hotela da gre, ker če bi šel bi ga samo prizadeli.»*) (RNP PS 31). Kot poudarja Goffman (2008), lahko družina postane zaščitna kapsula za otroke, ki jih ščiti pred zunanjim svetom z nadzorom in filtriranjem informacij, kamor lahko vstopajo samo tiste, ki niso škodljive za otrokovo identiteto. Vendar pa je lahko otrok prav zaradi tega še bolj prizadet, ko vstopi v zunanji svet, kjer zaščitniške družine ni, kjer se jasno pokaže ločnica med njim in drugimi.

Tudi drugi svojci imajo izkušnje s stigmatizacijo in diskriminacijo. Večkrat naletijo na obtožbe, da tudi sami uživajo drogo, sploh če so v partnerskem razmerju z uporabnico drog. Tako izkušnjo je imela ena od respondentk, ko je bil partner v službi nadzorovan, ker so vedeli za njeno uživanje drog, saj kot pravi Goffman (2008, str. 48), je oseba, s katero se

posameznik druží, vir informacij, ki zadevajo njegovo lastno identiteto, ker se predpostavlja, da je takšen, kakršni so tisti, s katerimi se druží (*»On ima v službi zaradi mene tudi težave, on je bil pripravljen tvegati svojo službo. Eden mu je v službi rekel, da taka kot sem jaz, ki smo na tem, bi jih mogli ob steno dat pa postrelit. Vem, da mu je takrat dvignil pokrov in mu je rekel, da se ne more tako pogovarjat. Ni zgubil službo zaradi tega. Vsak teden je hodil na testiranja, je hodil takrat, ker so pač mislili, da mogoče tudi on kaj dela. En mesec je hodil in potem so videli, da je to nesmiselno, da je izguba denarja, da je negativen, ker se v življenju ni dotaknil tega.«*) (RNP PS 28).

7.3 Zmanjševanje stigme in obravnava

Raziskave so pokazale, da se je kot najbolj učinkovita strategija pri zmanjševanju stigmatizacije in diskriminacije pokazala integrativna, celostna obravnava, ki pripomore k ozaveščanju, razumevanju in sprejemanju, spremembi odnosa in vedenja ter zmanjšuje diskriminatorne prakse do uporabnic prepovedanih drog. Tako se po mnenju Lloyd (2013) boj proti stigmatizaciji začne v službah, kjer prepoznavajo nosečnice in matere uporabnice drog (*»Nimam slabih izkušenj s strokovnimi službami, brez problemov. Sploh, ko so me spoznali in so videli kakšna sem, da nisem tako grozna odvisnica, so me pač lepo sprejeli, kjerkoli sem bila. Nimam nobene izkušnje s stigmo. Ko sem bila v porodnišnici v Ljubljani, so bile sestre malo zadržane do mene, bolj tako, sem imela občutek distance. Ampak ko se me spoznali, so bili zelo prijazni. Še glavna zdravnica je rekla strokovni delavki, ki me je hodila gledat, je še rekla, da je grozno, da imajo otroci krizo in je rekla, da ni tako da se zelo trudim in so me zelo lepo sprejeli.«*) (RNP SS 22). Lloyd (2013) meni, da so sprožilci stigme do mater uporabnic drog pri strokovnih delavcev povezani z moralnim, verskim in biološkim pogledom na uporabo drog, stereotipi o nepredvidljivosti in nevarnosti uporabnic, pomanjkanjem znanja o uživanju drog ter pomanjkanju stikov z uporabnicami.

Integrativno zdravljenje naj bi posebej izhajalo iz potreb uporabnic in njihove vloge mater (Niccols in drugi, 2012). Raziskave ugotavljajo, da so intervencije usmerjene v družino cenejše, zmanjša se uživanje drog pri starših in število odvzemov ter poveča število ponovnih združitvev družine (Doab in drugi, 2015). Ena od raziskav je pokazala, da so matere v kontinuirani obravnavi imele manj recidivov, bolj stabilno in varno družinsko okolje. Kot poudarjajo strokovnjaki, naj bi integrativna obravnava upoštevala šest ključnih načel pri oblikovanju terapijskega procesa, in sicer (Lester in Lagasse, 2010, str. 212):

- znotraj programov pomoči oblikovati žensko skupino,
- prepoznati kompleksnosti žensk uporabnic drog ter skupaj z njimi sodelovati in se povezovati,
- ustvariti okolje, ki spodbuja, varnost, spoštovanje in dostojanstvo,
- razvijati in uporabljati različne metode dela in izhajati iz potreb mater uporabnic drog,
- osredotočati se na kompetence in vire moči uporabnic,
- sestaviti individualiziran načrt pomoči.

Terapevtski odnos se je v številnih raziskavah pokazal kot najpomembnejši del obravnave, ki temelji na neobsojajočem, nekonfrontacijskem, podpornem pristopu, ki so ga tudi intervjuvanke navedle kot temelj vira moči, za katerega je potreben čas in okolje, kjer se okrevanje začne in kjer se ustvarja varen prostor za ženske (SAMSHA, 2016) (*»Bi rabila nekoga, ki bi vedela, da se lahko res obrnem na njega, ki mi trdno stoji ob strani, ki mu lahko vse povem, takega sem pogrešala.«*) (AVP PS 17). Pomembno je, da se v terapevtskem odnosu upoštevajo stališča, potrebe in želje uporabnice (*»Zmeraj bolj ko se pogovarjava, ji zmeraj lažje povem, velik lažje mi je vse probleme njej zaupat in je potem je tudi lažje it naprej. Jaz mislim, da to narkomanom najbolj manjka. Težko pa se je narkomanu odpret, saj iz mojega vidika, ker jih je sram že samega početja jih je sram in po moje je to največji problem, ko nikamor ne prideš.«*) (AVP PS 15).

Podpore materi lahko dajejo tudi posamezniki v skupnosti, prostovoljci (*»V bloku so tudi te mame vedele, da imam težave z odvisnostjo, so me v redu sprejemale. Še z dvema sosedama imam dobre odnose. Sosedo so dvakrat poklicale policijo.«*) (RNP SS 9).

Pri nekaterih poleg stabilnega partnerja pomembno podporo ponujajo tudi tašče ali njihove matere, predvsem po porodu. Intervjuvanke so večkrat omenile Zavod Tamala, ki ga je vodila socialna delavka in je bil namenjen materam s težavami v duševnem zdravju. Strokovna pomoč zavoda je bila usmerjena v pomoč na domu, na konkretne storitve glede nege otroka, pomoč pri vzpostavljanju stika z otrokom, socialni servis. Intervjuvanke so navajale pozitiven odnos, pri katerem ni bilo obsojanja in pomoč ni bila usmerjana v nadzorovanje (*»Edino, kar mi je potem pomagalo, je bila ena Andreja, ki ima Društvo Tamala, ona mi je ful pomagala. Na koncu mi je rekla, da bi lahko prihajala, če bi ji dajala za bencin, ni imela več financ. Mi je zelo pomagala, me je vozila k zdravniku, mi je pomagala pri otroku. Sama ne bi znala. Je škoda, da več ne obstaja. Bi mogla biti več takih programov.«*) (RNP PS 3). V procesu okrevanja je pomembno zaupanje med uporabnico in strokovnim delavcem, da mati lahko

odkrito govori o svojih dvomih, strahovih, občutkih krivde. Pomembno je, da spozna, da se ne bo zgodilo najhujše, če pove strokovnim delavcem, da pri vzgoji ne zmore, da ima težave in potrebuje pomoč.

Nekatere intervjuvanke so navajale, da bi jim pri podpori in spremembi ter v odnosu z otrokom najbolj pomagala skupina za samopomoč, v kateri bi sodelovale uporabnice z lastno izkušnjo (*»Še najbolj pa se mi zdi, če pomaga, da bi bil tam nekdo, ki je dal to čez. Ker tako te bo razumel. Jaz mislim, da bi res rabila.«*) (RNP R 40).

Smernice, ki jih SAMSHA (2011) priporoča pri delu z uporabnicami drog, so naslednje: treba je izhajati iz programov, ki temeljijo na najboljših praksah, ki so podprti z dokazi, na destigmatizaciji in nediskriminatornem pristopu, ki je usmerjen na specifične značilnosti obravnavane skupine ali obravnava uporabnico celostno (starost, spol, kultura, etnična pripadnost, vera, starševstvo). Potrebna je tudi dostopnost storitev (zdravstvo, socialno varstvo, zaposlovanje in izobraževanje, nizkopražni programi, vrtci, šole) in treba je dati glas tistim materam, ki imajo lastno izkušnjo z uporabo drog, ter podati ta sporočila družbi, podpirati proaktivno usmerjanje znanja in izmenjavo aktivnosti, podpirati podporne storitve (zaposlovanje, gospodinjstvo, socialna asistenca). Pomembno je, da so pristopi zasnovani na opolnomočenju in dostojanstvu ter krepitvi moči matere in njene družine (SAMSHA, 2011).

Ugotovimo lahko, da je ženska uporabnica drog stigmatizirana, ker je odvisna, in hkrati zato, ker je ženska, ki uživa droge in ima otroke. Droge, ki moške stigmatizirajo kot odvisnike in v simbolnem smislu kot okužene, stigmatizirajo ženske tudi kot tiste, ki lahko prav zaradi svoje vloge s svojo nemoralnostjo kontaminirajo ne le svoje telo, temveč tudi otroke in svojo okolico. Ženska odvisnost postane ne le vprašanje legalnosti in medicinske sprejemljivosti, temveč moralno vprašanje, iz katerega izhaja dvojno etiketiranje prizadetih (Zaviršek, 1994). Stigma postane z nosečnostjo in porodom ter z materinstvom veliko bolj očitna, saj omenjeno pomeni neposredno izpostavljanje očem javnosti. Jemanje drog pomeni za konstrukt ženske in matere kot oskrbovalke družine moralni zdrs, tako rekoč žalitev. Označene so kot bitja, ki ne skrbijo dovolj dobro zase, in tako tudi ne morejo skrbeti dovolj dobro za druge (Ettore, 2010, str. 41–44).

8 PARTNERSTVO, DROGA, NASILJE

Partnerstvo je bilo pri intervjuvankah skoraj vedno povezano s skupnim uživanjem drog. V partnerskem odnosu je bilo v času izvajanja intervjujev 55 % respondentk, od njihovih partnerjev jih je bilo 86,4 % odvisnih od drog ali alkohola. Raziskave so pokazale, da ima partnerstvo lahko zelo pomembno vlogo pri okrevanju, vendar tudi pri vzdrževanju odvisnosti (Tuten, Jones, Tran in Svicks, 2003). Pomembnost partnerstva pri ženskah uporabnicah drog si raziskovalci razlagajo skozi relacijski model, po katerem se ženska želja po odnosih razvija skozi pripadnost in interakcijo z drugimi. Njihova identiteta se razvija v kontekstu pomembnih odnosov, iz česar sledi, da je nepovezanost z drugimi vir psiholoških težav (Surrey, 1991). Zaviršek (1992) trdi, da je med pomembnimi dejavniki za razvoj odvisnosti pri ženskah tudi socializacijski vzorec; ta ima štiri temeljne značilnosti, ki vplivajo na razvoj odvisnosti: posameznica prepozna sebe prek tesnih odnosov z drugimi ljudmi, oseba postavlja lastne potrebe za potrebe drugih ljudi, nizka samozavest ženskam preprečuje, da bi iskale prostore, v katerih bi zadovoljile lastne potrebe, in jih spodbuja k iskanju krivde za stvari, ki gredo narobe, v lastni notranjosti (Zaviršek, 1992). Finkelstein (1994) in sodelavci pa ugotavljajo, da negativne posledice, ki jih imajo ženske v odnosih, vplivajo tudi na njihovo duševno zdravje, kajti konfliktni odnosi, izolacija in nepovezanost so pogosteje povezani z nizko samopodobo, anksioznostjo, depresijo in zlorabo substanc. Nekateri raziskovalci so mnenja, da ženska uporablja drogo ali alkohol, da bi zapolnila praznino v odnosu ali da bi ohranila odnos (*»Partner uživa drogo, zato jo bom tudi jaz, imela bova nekaj skupnega in se bova bolje povezala drug z drugim.«*) (AVP R 7). Prav tako v raziskavah ugotavljajo, da sodelovanje partnerjev pri zdravljenju pozitivno vpliva na njegov izid (Straussner in Covington, 2002). Vendar v naši raziskavi ugotavljamo, da je to bolj izjema kot pravilo.

Med uporabniki drog je redkost, da ženske vstopajo v razmerje z moškim, ki nima težav z odvisnostjo, zato sta v večini primerov v partnerski zvezi oba uporabnika drog oziroma je uporaba drog del partnerskega odnosa. Redkeje se zgodi, da partner kljub temu, da tudi sam uživa drogo, ne ve, da jo tudi partnerka. Bolj pogosto prikrivajo uživanje drog tiste, ki so v partnerski zvezi z nekom, ki nima težav z drogami, ker ženska velja za moralno sporno, če ona v partnerskem odnosu uživa drogo. Tako je ena od intervjuvank več let pred partnerjem prikrivala odvisnost. Rodila sta se jima dva otroka, ki sta imela abstinenčno krizo, vendar partner ni o tem nič vedel. Tudi v porodnišnici teh informacij ni dobil. Intervjuvanka je bila

sicer ves čas stabilna na nadomestni vzdrževalni terapiji in jo je hodila na skrivaj iskat (*»Imela sem partnerja, ki nikoli ni nič imel z drogo, sva šla potem narazen, ker ni bil za družinsko življenje, je mislil, da bo bolj za družinsko življenje pa ni bil. Vendar nikoli ni vedel za moje težave, to sem skoz prikrivala.«*) (RNP PS 27). Dve respondentki pa sta že vzpostavili abstinenco, preden sta spoznali partnerja. Samo en partner, ki ni imel težav z odvisnostjo, je vedel za težave pri partnerki, vendar sta kasneje prekinila partnersko zvezo (*»Sem mu takoj povedala za odvisnost. Midva, ko sva se spoznala, je on sam predlagal, da bi šla na MTD. Potem sva se midva spoznala, pa je rekel, tako več ne gre. Vsak dan, pa denar, ne boš tako živela tako. Potem je rekel, da je boljše, da se vpišem, da je boljše tako, ker sem redno v službo hodila, nekako sem mogla delat normalno.«*) (RNO PS 28).

8.1 Droga skupna točka partnerstva

Že v nosečnosti, pri večini pa kmalu po porodu, je več kot polovica partnerskih zvez razpadla, torej so matere ostale same z otrokom. V prvem letu ponavadi še vztrajajo v zvezi, če pa se uživanje drog nadaljuje, pride tudi do drugih partnerskih težav in konfliktov, nasilja, kriminala ali do neustrezne skrbi za otroka. Konflikti so prisotni tudi, če sta si partnerja neenotna glede zdravljenja in uživanja drog (eden nadaljuje jemanje droge, drug se trudi prenehati). Večina partnerjev, posebno tisti, ki aktivno uživajo drogo, ne vzdržuje stikov z otroki ali pa so ti stiki redkejši. Največkrat se popolnoma umaknejo iz družine. Kot so spoznavale intervjuvanke, je partnerstvo tveganje, če se nadaljuje po koncu zdravljenja. Lahko pride do recidiva pri obeh, če partner uporabnici prinaša drogo, kar pomeni nenehen dostop do substance. Uporabnice lahko v teh primerih kljub nasilju in drugim težavam dlje časa vztrajajo v odnosu.

Partnerji naj bi imeli pomembno vlogo pri uspešnosti zdravljenja in manj pogostejših recidivih pri uporabnicah. Vendar tega v naši raziskavi ne moremo potrditi, saj so le redki partnerji podpirali intervjuvanke pri zdravljenju. Ugotovimo lahko, da so večinoma partnerji nadaljevali podoben življenjski slog in uživanje drog ali pa so partnerske zveze razpadle med zdravljenjem ali že med pripravo nanj.

V eni od študij so ugotavljali, da nosečnice, ki imajo partnerje, ki so tudi sami odvisni od prepovedanih drog oziroma aktivni uživalci, petkrat pogosteje zlorablajo drogo kot tiste, ki nimajo odvisnih partnerjev (Pyng Sun, 2009). Jones in drugi (2011) so v svoji raziskavi

ugotovili, da ženske dlje časa ostanejo na zdravljenju, če partner ni aktivni uživalec drog. Ti partnerji so tudi pogosteje zaposleni in bolj sodelujejo v vsakdanjem življenju ter so noseči partnerki v večjo oporo. Tudi v naši raziskavi se je izkazalo, da so partnerji, ki so bili na nadomestni vzdrževalni terapiji in so si otroka želeli tudi sami, bolj podpirali partnerko v nosečnosti in pozneje pri skrbi in vzgoji otroka.

Intervjuvankam je pogosto drogo predstavil ravno partner, pogosteje so imeli tudi vlogo dobaviteljev droge. Nekatere respondentke na začetku pri partnerju niso prepoznale uživanja in so med odnosom vstopile v svet droge (*»Jaz sem mislila, da če si na drogi, si ves čas v kakšnem kotu in na ulici, da ti je videti. Jaz nisem vedela in ker ne veš, ker nisi v taki družbi. In je bil prav nor name, normalno se je obnašal in to. Najprej mi je ponudil belo, pa mi je on pokazal kako naj vzamem ...«*) (AVP PS 35). Ta partner je bil tudi diler, kar pomeni, da je imela respondentka neomejen dostop do droge. Ena od intervjuvank pa je vztrajala v konfliktnem partnerskem odnosu, ker bi s prekinitvijo izgubila dostop do substanc (*»Večkrat je sedel v kuhinji in komentiral. Potem sem se obrnila in sem mu rekla, ali pa spokaj, kaj sploh delaš še tukaj. To se ni dalo dopovedati. Vedno znova sem ga vzela nazaj, verjetno so bila to zdravila, jaz sem vedno več zdravil rabila, on je hodil k psihiatru in je tam dobival tablete.«*) (RNP SS 30).

Ena pa je partnerju poskušala pomagati, da bi prenehal uživati drogo, potem pa jo je začela tudi sama uživati, ker je hotela biti z njim »na isti valovni dolžini« (*»Ko sem mu hotela pomagati, da se neha drogirat in sem jaz noter padla in se mi je vse obrnilo.«*) (AVP R 7).

Partnerstvo je imelo tudi pri naših respondentkah pomembno vlogo pri recidivu, ki so ga večkrat povezovala s konflikti v partnerskem odnosu (*»Skoz so bili prepiri, nasilje. Ponovno sem začela jemati, da sem lahko zdržala.«*) (AVP R 11). Tiste, ki jim je uspelo v nosečnosti abstinerati, so velikokrat po porodu recidivirale, ker so partnerji še naprej uživali drogo ali pa so jo začeli ponovno uživati (*»Potem je on zapadel nazaj, potem sem jaz neki časa to v školjko metala ... Petem od vsega pritiska že, res, takrat mi je bilo zelo hudo, sem jaz potem na terapijo šla zvišati, ker sem se bala, da bom šla nazaj v drogo in potem je bilo tako občasno, kakšen kokain, kakšen dormicum in te BZO.«*) (AVP SS 37). Tudi če obema partnerjema uspe vzpostaviti abstinenco, jo na dolgi rok težko skupaj vzdržujeta, saj ima substanca pomembno vlogo v partnerskem odnosu (*»Ko sva bila narazen, vsak na svoji strani, je teklo, ko sva šla skupaj, sva postopoma začela.«*) (RNP SS 9). Na recidiv lahko vpliva tudi nov partnerski odnos (*»Ko sem spoznala tega partnerja, zaljubila sem se, kot neka*

najstnica. Na začetku je bilo super vse, po nekaj mesecih se je začelo.«) (AVP R 8). Kakšen vpliv je imela substanca v partnerstvu, prepoznajo predvsem takrat, ko uspe eden ali drug partner vzpostaviti abstinenco in med njima nastane prazen prostor, saj se je prej vse vrtelo samo okrog nabave, porabe denarja, količine itd. Nekatere so prav zaradi tega prekinile partnersko zvezo, če se partner ni odločil za spremembo. Nekatere pa imajo izkušnjo, da so po vzpostavljeni abstinenci nadaljevale zvezo, vendar so kmalu recidivirale, saj jim je bilo pomembneje, da ohranijo odnos kot abstinenco. Kot pravi Laudet (1999), ko se pretrga vez z drogo oziroma ko se ženska odloči za zdravljenje, lahko izgubi vez tudi s partnerjem, in če hoče nadaljevati partnerski odnos, je ravno droga tista, ki ju znova poveže (»On je bil zaprt, vmes je bil v zaporu, sem ves čas abstinirala, ko je bil on v zaporu, ko se je vrnil nazaj, takrat je bilo potem še slabše, sem spet padla.«) (RNP R 10). Če sta oba partnerja odvisna od drog, se odnos vedno vrti okrog uživanja drog in je tudi življenjski slog obeh podrejen substanci. Respondentka, ki je spoznala partnerja med zdravljenjem, je upala, da bosta zmogla oba abstimirati, vendar se je to izkazalo kot neuspešno (»Jaz sem mislila, da bo on meni pomagal, da bom jaz imela celo življenje oporo, pa da se nikoli ne bo drogiral. Tak občutek sem imela, ko sem ga spoznala. In potem se je isti dan zadel, ko sva prišla ven. Sva šla na avtobus, sem šla k njemu, sem gledala dva meseca, kako se drogirajo, potem sem še jaz začela nazaj.«) (RNP SS 21).

V intervjujih so respondentke ugotovljale, da so njihova partnerstva zelo povezana z odvisnostjo. Sklepamo lahko, da imajo ženske z zgodovino odvisnosti, tudi tiste, ki jim uspe vzpostaviti abstinenco, še vedno močno prisotne občutke manjvrednosti, nespoštovanja, zato težje vstopajo v odnose z neuporabniki drog. Večkrat so tudi prepričane, da jih partnerji, ki nimajo težav z odvisnostjo, ne bi sprejeli, in da bodo za vedno označene kot odvisnice.

8.2 Partnersko in družinsko nasilje

43 % intervjuvank je poročalo o izkušnji nasilja. Soočale so se z več oblikami nasilja. 25 % intervjuvank pa je že v nosečnosti imelo izkušnjo z nasiljem partnerja. Nasilje so pogosteje izvajali tisti partnerji, ki so aktivno uporabljali drogo ali več vrst drog. Prav tako je bila pogostejša uporaba prepovedanih drog tudi pri intervjuvankah, ki so doživljale nasilje (»Klofotal me je, pa se je sredi ceste ustavil, pa sem imela ključe od stanovanja in mi je potegnil torbico, da sem imela cel trebuh popraskan, pa noseča sem bila. Na policijo sem šla, potem sem šla k ginekologu. Je bilo vse v redu, vendar se je otrok obrnil, verjetno sem se

ustrašila.«(RVP SS 11). Tiste, ki so nasilje doživljale že v nosečnosti, so poročale, da se je po porodu samo še stopnjevalo, čeprav so nekatere upale, da se bo partner po rojstvu otroka spremenil (*»Po porodu sem šla nazaj k partnerju, sem rekla, sigurno bo boljši, ker bom rodila otroka, bom v miru in bo vse v redu. Potem je bilo še hujše, mi je govoril: »Poglej otroka, kako je podoben tvojemu možu, so ga zamenjali«, kar neki se mu je dogajalo v glavi.«*) (RNP R 25). Kot poudarja Matko (2013), velja, da je nasilje v nosečnosti nedojemljiva zloraba in postane pomembnejše kot nasilje, ki ga ženske doživljajo v drugih življenjskih obdobjih, saj gre za povečano občutljivost in ranljivost nosečnice, ki je nezdružljiva z družbeno-kulturno predstavo o srečni nosečnosti in materinstvu.

Obstaja kar nekaj razlag, zakaj je nasilje med uporabnicami prepovedanih drog pogostejše. Lahko je povezano z neravnovesjem moči v partnerstvu (finance in družinske vloge, partner kot dobavitelj droge). Ženske, ki uživajo droge, so tudi bolj ranljive za zlorabe zaradi stigme in občutka manjvrednosti (Pyng Sun, 2009). Druga teorija pa razlaga, da je uživanje drog posledica nasilja, ki rabi kot strategija soočenja za zmanjšanje travme. Govorimo o začaranem krogu, saj več družinskega nasilja pripelje do več uživanja drog, in več uživanja drog pripelje do več nasilnih dejanj (Kaufman in drugi, 1997). Raziskovalke POND (2015) ugotavljajo, da je veliko raziskav pokazalo, da je več nasilja v družini, če je prisotnih več dejavnikov tveganja, poleg drog in alkohola še revščina, brezposelnost, socialna izključenost ter nizki dohodki, in v večini primerov so v to ranljivo skupino spadale tudi naše intervjuvanke.

O bolj nasilnih odnosih so poročale tudi tiste respondentke, katerih partnerji so poleg droge in nadomestne terapije uživali še alkohol, kar potrjujejo tudi nekatere raziskave, saj naj bi uživanje alkohola povečalo tveganje za nasilje (Kaufman in drugi, 1997). Tri intervjuvanke so poročale, da se jim je nasilje dogajalo tudi ob izvajanju intervjujev (*»Zdaj pa me je še bolj razočaral. So rekli, saj ko bo otrok se bo spremenil, pa je sedaj še hujše. Sedaj pa je drogo zamenjal z alkoholom. Vsak dan pije, tablete je. Nič nimam od njega, nič. Naju CSD spremlja, smo imeli že toliko izrednih sestankov, zmeraj, ko je bilo nasilje, so rekli, da boljše, da ne komunicirava.«*) (RNP PS 26)/(*»Psihično sem čist na tleh. Bivši partner me kar naprej obremenjuje, pretepe, kadar je pijan. To se zdaj vleče že tri leta, pa ni konca. Ne živiva več skupaj, on živi v K jaz pa v D. Takoj, ko malo spi, se že tako obnaša, da sva midva par, kot da sva skupaj. Kot da sem njegova lastnina in potem me ujame v njegovi jezi in potem dobim udarce in nikoli konca. Ovadbe sem že dala, taki kupi na policiji in nič ne pomaga. Ko preveč spi, njemu se utrga, sploh ne ve, kaj dela, kaj se mu dogaja.«*) (RNP SS 9).

Prav tako so prepoznavale, da same iz kroga nasilja težko izstopijo, saj jih je imelo veliko že izkušnjo z zgodovino nasilja v lastni družini (*»Tudi je agresiven, vse moške kar jih poznam so najprej ful v redu, pol so agresivni. Ne vem zakaj jaz take privlačim, ne vem ali jaz take iščem ali kaj. Podzavestno, ker je bil oče in brat tak. Sem rekla, da ne bom več nikoli z nobenim odvisnikom, bivšim. Ni šans, tudi če sem sama cel življenje.«*) (RNP R 22). Ena od sogovornic pa je opisala izkušnjo, kako težko je odšla iz nasilnega odnosa (*»V tem odnosu padeš v začaran krog, jaz nisem nikoli razumela, sem vedno rekla, ženske kaj delajo, kaj hodijo nazaj, jaz tega nisem razumela. Potem ko sem jaz noter padla, navadiš se normalno ti postane, ne vem. Padaš noter. Ne moreš it iz tega nasilja.«*) (AVP PS 2).

Respondentke so se soočale z različnimi oblikami nasilja:

- **ekonomska nasilje:** je bilo povezano s finančno odvisnostjo od partnerja (*»Sem rekla, daj jaz bi rada delala, bi imela rada normalno življenje, me ni pustil.«*) (AVP PS 2). Partnerji tudi pogosteje upravljajo skupni dohodek družine;
- **socialna izolacija:** nasilni partnerji jim ne dovolijo, da bi se družile s prijatelji, domačimi, kar posledično pripelje do še večje odvisnosti od partnerja ter večje socialne izolacije (*»Nikamor me ni pustil, niti domov ne.«*) (RNP SS 39);
- **fizično nasilje:** pri nekaterih je bilo prisotno tudi hujše fizično nasilje (*»S sekiro je hodil za mano. Z nožem, enkrat sem pa rekla, zdaj pa konec, ker bi me res kmalu zabodel. Sem se takoj odmaknila v kot, da me ne bi zabodel in ker sem bila doma pri oknu, je bilo okno odprto in sem skočila čez okno.«*) (AVP PS 2). Nekatere so se znašle tudi v kolesju sistema in izražale nemoč pred nasilnim partnerjem, saj so imele občutek, da jih tudi institucije ne morejo zaščititi. Ena od njih je imela izkušnjo, da se je nasilje stopnjevalo, ko je poklicala policijo (*»Petkrat sva se stepla, enkrat sem klicala policijo, pa je 600 evrov kazni. Sem dala ovadbo. Naslednjič, ko bi bil nasilen, pa bi ga oni odpeljali. Sam pol sem tudi to poslušala, za teh 600 evrov.«*) (RNP R 11);
- **spolno nasilje:** ena od intervjuvank je omenjala nasilje, ki je bilo povezano s siljenjem k spolnim odnosom, in sicer je partner na ta način pogojeval stike z otrokom (*»Trenutno nimam stikov z njo, ker je zahteval spolne odnose. Zvečer se dobimo, pa jo lahko jutri vidiš.«*) (NP SS 12). Preostale niso poročale o spolnem nasilju partnerja ali o tem, da bi jih partner silil k prostituciji, čeprav nekatere raziskave kažejo, da imajo tudi partnerji pri prostituciji partnerk dejavno vlogo (Pyng Sun, 2009);
- **psihično nasilje:** najbolj pogosta oblika nasilja, ki so ga doživljale, je bilo psihično nasilje, in sicer žaljenje, manipuliranje, ljubosumje, nadzor (*»Vem, da me je skož žalil, da*

kakšna mama sem, da kako ravnam z njim, da se mi bo to enkrat maščevalo. Ko bo večji, bo on mene tepel, pa kako sem lahko tako dobro do njega. Pa tisto moško ljubosumje, da njega ne maram.» (RNP R 25). Tudi izsiljevanje z otrokom je način, da partnerka vztraja v nasilnem odnosu (»Rekel je, da če hočem, da gre, bo šla tud hčerka. In to je tudi naredil. Še eno leto ni bila stara, mi jo je odpeljal. Za en mesec. In sem ga šla prosit, tudi če me trikrat na dan tepeš, sam otroka mi daj.«) (RNP R 6).

Ženske, ki so izpostavljene partnerjevemu nasilju, imajo več težav, povezanih z odvisnostjo, in težav v duševnem zdravju v primerjavi z ženskami, katerih partnerji niso nasilni. Raziskave so tudi pokazale, da so nosečnice, ki so bile izpostavljene nasilju, pogosteje zlorabljale alkohol in drogo. Družinsko in partnersko nasilje je lahko eden od dejavnikov, ki zavirajo uporabnice pri tem, da bi poiskale pomoč ali da bi ostale v postopku obravnave, tudi zaradi strahu pred svojo in otrokovo varnostjo (Daley, Gorske, Larkby in Daley, 2006). V raziskavi o vplivu nasilja na zdravje žensk, ki so jo naredile Leskošek in druge (2013), je bil zelo majhen delež anketirank, ki so uživale prepovedano drogo. Vendar kot opozori Leskošek (prav tam), lahko to povežemo s stigmo, saj tudi v primerih, ko so vprašalniki anonimni, sogovornice težje poročajo odprto in iskreno o uživanju drog. Raziskovalke med drugim ugotavljajo, da ima nasilje v zasebnem življenju in partnerskih odnosih velik vpliv na zdravje žensk. Ti učinki so tako kratkoročni kot dolgoročni, saj nasilje povzroča fizično poškodbo, vpliva na duševno zdravje in učinkuje na zdravje v prihodnosti in je dejavnik tveganja za mnoge bolezni. Poleg tega se posledice na zdravju kažejo veliko dlje, kot traja nasilje, hujše ko so oblike nasilja, večje so posledice za zdravje, prav tako se učinek doživljanja dolgotrajnega nasilja in več oblik nasilja kopiči (Leskošek in druge, 2013).

8.3 Dvojni standardi starševstva

Švab (2001) meni, da se v postmoderni družbeni model materinstva še krepi. Temeljna načela organizacije vsakdanjega življenja se niso veliko spremenila. Spreminjanje v smeri enakomernejše delitve dela in s tem razbremenitve žensk je zelo počasno prav zaradi nespremenjenosti percepcije materinstva. Družinske spremembe so bolj očitne v zvezi z očetovstvom, medtem ko ostaja »ideologija materinstva« v temeljih domala nespremenjena. Zanimivo je, da se tudi diada mati-otrok utrjuje še zlasti s protektivnim razumevanjem otroštva. Kljub pomembnim družbenim spremembam ostaja podoba materinstva še vedno idealizirana in biologizirana (Maher in Saugeres, 2007). Moderna mati gospodinja se s

prenosom produktivnega dela iz družinskega v industrijsko okolje in s preobrazbo družinskega življenja iz razširjenih v jedrna gospodinjstva znajde hkrati v družbeni osami in brezdrlju. Ob tem nase neprostovoljno prevzame še breme romantične rešitve. Nova družbena organizacija dela iz družine naredi družbeno celico s funkcijo čustvene podpore. Dom in družina postaneta zatočišče, kamor se vrača posameznik iz odtujenega, avtomatiziranega, industrializiranega sveta. Konstrukcija ženske kot misteriozne romantične kreature pomeni anomalijo v širšem družbenem kontekstu, kajti oddvojena od tradicionalnih vednosti in pomoči svoje matere bo težko kos nalogam, ki so ji naložene (Horvat-Vidmar 2013, str. 16–17).

Po mnenju A. Švab, (2001) gre pri novem očetovstvu za vsaj dva nasprotujoča si modela očetovstva: model vpletenega in model odsotnega očeta. Razlika med modernim in postmodernim načinom družinskega življenja pa je v tem, da je modernost legitimizirala le prvi model, medtem ko je postmodernost legitimizirala tudi očetovsko nenavzočnost. Ob konstruiranju moderne družine je tako pomembna ženska (materinska) navzočnost v njej kakor tudi s tem povezana očetovska odsotnost v družini. Skrb za otroke pa se usmerja predvsem v t. i. na otroke usmerjene dejavnosti (protektivno otroštvo). To pa lahko očete umesti v past, saj se hitreje identificirajo z dejavnostmi, ki so pozitivne, vesele, kratka, dejavnostmi, ki ne prinašajo veliko odgovornosti za skrb nad otrokom (igra, obiski kina, vožnja in spremstvo k dejavnostim ipd.), medtem ko domena skrbi za šolo, zdravje, prehrano ipd. še vedno ostaja v materinih rokah.

Posledično je žensko uživanje drog v podrejenem položaju v primerjavi z moškim uživanjem, bolj moralno sporno in le redko pod vprašaj postavi moškega in njegove kompetence za starševstvo, ker v družbi veljajo dvojni standardi glede ženske in moške odvisnosti. Lahko govorimo o spolni diskriminaciji, saj so ženske kot skrbnice bolj izpostavljene nadzoru institucij, bolj negativno obsojene v družbi. Tradicionalno v kulturi drog in sistemu zdravljenja je prilagojeno moškosti in označeno z moškostjo, redkeje z ženskostjo (Ettore, 2008). Družba in institucije oziroma strokovni delavci manj ugotavljajo in se sprašujejo, ali so očetje ustrezni starši, tudi če imajo redne stike z otroki ali živijo v isti družini. Materinska vloga se še vedno bolj povezuje s skrbjo in nego in zadovoljevanje osnovnih potreb otrok ostaja domena matere, in ne očeta, kar kaže na stereotipna prepričanja. Oče še vedno velja za starša, ki se ne vključuje aktivno v skrb za otroka, zato naj njegovo zdravstveno stanje in uživanje drog ne bi imelo močnejšega vpliva na otroka, posledično pa se očetje sistemu lažje izogonejo, medtem ko so mu ženske bolj izpostavljene. Skrb za družino je še vedno v središču

ženske identitete in nanjo naloži tudi največji del krivde. Ženska poseblja družino in posledično nosi družbeno odgovornost za njeno skrb, vzdrževanje in uspeh ter krivdo za njen propad. Ob tem se s prevzemom vloge matere zgodi preobrat identitete, ki občutno vpliva na spolno identiteto ženske, saj je ta materam odvzeta. Materinstvo ni samo vloga, ampak je celostna identiteta, ki zamegli predhodne družbene vloge identitete ženske ter na ravni dejavne starševske vloge ni primerljiva z očetovstvom (Connell, 2009).

Model družinske konfiguracije predpostavlja, da ženske prenašajo odvisnost z materinstvom, seksualnostjo in reprodukcijo in imajo daleč večji vpliv kot odsotni oče (Cambell, 1999).

Neaktivnost pri očetovski vlogi

Večina partnerjev je bilo precej neaktivnih pri očetovski vlogi in partnerk niso spodbujali k zdravljenju že v nosečnosti. Redkeje bili navzoči tudi pri porodu. Več intervjuvank je poročalo, da so bili njihovi partnerji v času poroda pod vplivom substanc, kar so same dojemale kot nepodporo ter dodaten stres (*»Zadet je bil že na porodu, jaz sem kričala, da me je cela porodnišnica slišala, on pa je spal zraven. In sem hotela da gre ven.«*) (RNP PS 3)/(*»Že tisti dan, ko sem šla rodit, so ga zaradi predoziranja odpeljali v bolnico. Sem sprejela slabo. Ni ga bilo zraven poroda. On je bil v komi, je bil v intenzivni negi. Zjutraj so klicali, ko sem se vstala iz anestezije, ko sem izvedela, kaj se je zgodilo, to mi je bilo najtežje.«*) (AVP PS 13).

Partnerji so tudi manj sodelovali pri skrbi in negi otroka po porodu. Respondentke so večkrat navajale občutke osamljenosti in zavračanje partnerja (*»Pri negi ni nič pomagal, ker se mu ni nič dalo, niti previti se mu ni dalo.«*) (AVP PS 3)/(*»Enkrat je prišel partner, ko je imela kolike in je ful jokala. In je rekel, joj kako je grda, ko joka. Pol pa sem rekla, daj zgini.«*) (RNP PS 3).

Nekateri partnerji tudi niso vzpostavili stika z otrokom ali jim je bil otrok odveč (*»Njemu je šlo že na živce, da je ona jokala, tega ni prenesel. On se jo je bal vzeti v roke, da ji ne bo kaj naredil, zaradi tega sva se veliko kregala. Jaz sem videla, da ne gre, pa sem raje jaz poskrbela zanjo.«*) (AVP PS 13).

Intervjuvanke, ki so živele skupaj s partnerji, so poročale o tem, da se očetje manj aktivno vključujejo v vzgojo in skrb za otroka (*»Jaz pridem sam vprašam kdaj je jedel... Dokler še živiva skupaj. Saj pravim jaz sem cel dan sama z njim. On je tisti dve uri, ko grem na metadon tri ure sem jaz z njim, potem gre spat. Zjutraj, ko grem na Metelkovo. Jaz pa sem z njim cel*

dan, ker nikoli ne pride čez dan domov.» (RNP PS 26). Nekateri očetje se vključujejo v vzgojo le občasno in so v bolj pasivni vlogi v odnosu do svojih otrok, sploh če so aktivni uživalci drog ali imajo druge težave v duševnem zdravju (»Motilo me je, da on spi do 9, 10 ur, jaz pa moram vstati in zrihtati otroke, jih v vrtec peljat, v šolo. On pa je še kar lenaril. Ko pridem iz službe, na malico, on nič, kot da bi on padel v neko luknjo. In to mi je šlo vedno bolj na živce, ker sem bila za vse sama.«) (AVP SS 16). Po rojstvu otroka se očetje velikokrat umaknejo. Tudi institucije in strokovni delavci jim namenjajo manj pozornosti, od njih manj pričakujejo, po drugi strani pa je lahko njihova vloga očeta prezrta.

Ena od intervjuvank se je spraševala, kaj naj hčerki reče glede očeta, saj se je že predoziral in ga hčerka ni nikoli videla. Do zdaj se o tem še nikoli nista pogovarjali, ker je hčerka še ni nič vprašala (»On je sedaj umrl pred dvema mesecema, imel je overdose. Na začetku mi je bilo malo hudo. Saj niti na pogrebu nisem bila, ker starši so hoteli imeti pogreb v ožjem družinskem krogu, tako da nisem vedela niti kdaj bo potem pa nisem šla. Hčerka ni nikoli imela stikov z njim, enkrat se je mimo pripeljal z avtom. Ona je bila takrat še majhna, niti ni vedela kdo je to. Nisem nič rekla, hčerka ne ve kdo je oče. Niti me ne vpraša. Tudi takrat, ko me bo vprašala, ne vem kaj naj rečemo.«) (RNP SS 35).

Nekateri očetje pa ne želijo stikov in zavračajo stike s svojimi otroki zaradi nerešenih konfliktov s svojimi bivšimi partnerkami (»Partner se ni nikoli ni zanimal zanjo. Pred kratkim ga je hčerka in moja mati klicale in je rekel, naj ga pustimo na miru, v glavnem da noče imeti nobenih stikov pa nič ...«) (RNP R 5).

Po razpadu partnerske zveze postane otrok večkrat sredstvo groženj med partnerjema, še posebno če še naprej uživata droge (»Skoz mi grozi, da mi bo vzela otroka, ti si narkomanka, »džankica«. Jaz sem mu rekla, ja kdo pa si ti, pa je rekel, jaz ne, jaz imam službo. Pa kaj če imaš službo, dobiš 820 evrov plače pa čez dva tedna jo ni več, jaz sem to povedala socialni. Bom povedala jutri socialni, zame isto velja kot za njega. Če sem že jaz prišla sem, naj se tudi on dokaže, če jo hoče videt.«) (AVP SS 13).

Nekateri pa izgubijo stik z otrokom tudi v času daljšega bivanja v komuni in svojih otrok ne vidijo tudi po nekaj let (»On to zdaj nikoli ni pokazal, da bi ga to z drogo prizadelo, da sva šla narazen, da ni dosti z njim. Ima stike on je bil zdaj dve leti pa pol, je bil dvakrat v Španiji v komuni, potem v Škofji Loki, eno leto ga skoraj ni bilo. Zdaj je v Murski Soboti. Sin gre vsak drugi vikend k dedku babici in teti. Nista skupaj, da bi rekel pridi, da bi kam šla za tri ure, da bi kaj skupaj delala.«) (RNP PS 31).

Ena od intervjuvank pa je navajala dobro izkušnjo z bivšim partnerjem, s katerim sta se zmogla dogovoriti glede stikov z otrokom, saj jih je partner redno vzdrževal, kljub temu da sta imela oba težave z odvisnostjo oziroma sta bila stabilna na nadomestni vzdrževalni terapiji. *(»Tudi pazil je na njega, če sem imela kakšne obveznosti. Kar se tega tiče ne morem nič reč, nobene žal besede. Tudi ko smo šli narazen, vsak drugi vikend je bil pri njemu. Niti enkrat se ni zgodilo. Drugače pa ni bilo niti enega vikenda, da ne bi prišel po sina, Tudi sin je zelo rad šel k njegovim in k atiju tudi potem, ko je s to novo partnerko zaživel, in ko sta otroke dobila. Še zdaj imamo v redu odnos.«)* (RNP SS 9).

Bolj aktivno očetovsko vlogo prevzamejo tisti, ki so stabilni na nadomestni vzdrževalni terapiji ali pa tudi sami dosežejo abstinenco oziroma dokler ne recidivirajo. Iz tega lahko sklepamo, da so se ti očetje bolj pripravili na starševstvo, imajo bolj urejen življenjski slog, službo, stanovanje, redne prihodke. Intervjuvanke pravijo, da je manj kot polovica očetov sodelovala pri vzgoji otroka. Večinoma je skrb prepuščena materi ali drugim sorodnikom. Če gredo otroci v rejništvo, so očetje še manj aktivni in se hitreje umaknejo in izstopijo iz obravnave. Čeprav je nasploh več moških, ki vstopa v zdravljenje, pa ženske pogosteje vstopajo v zdravljenje v času starševstva, bolj jih skrbi za dobro počutje otroka in pogosto iščejo zdravljenje zaradi otrok. V literaturi je zelo malo znanega o očetih kot starših. Raziskave pa kažejo, da če so očetje aktivni uživalci drog, je skrb in varnost otroka bolj tvegana (nasilje, revščina, denar, porabljen za drogo, pasivnost). Čeprav o odvisnih očetih veljajo določeni stereotipi o neodgovornosti, pa veliko očetov sodeluje pri porodu, priznajo očetovstvo, živijo s svojimi otroki, plačujejo preživnino in imajo stike z otroki. Pri zdravljenju moških je starševstvo pogosto spregledano, vendar raziskave kažejo boljše izide pri tistih uporabnikih, kjer so bile intervencije usmerjene tudi na vlogo očetovstva in v partnerstvo (McMahon, Winkel in Rounsaville, 2008).

Če povzamemo, ugotovimo naslednje. Večina respondentk je bila v razmerju s partnerji, ki so tudi sami imeli težave z odvisnostjo, pogosto so bili tudi oni tisti, ki so jih uvedli v svet droge. V 44 % pa so v raziskavi intervjuvanke poročale tudi o izkušnjah partnerskega nasilja. Nekateri strokovnjaki so mnenja, da se tveganja, kjer sta oba partnerja uporabnika drog, množijo, in ne seštevajo, in imajo več posledic, ki so povezane z različnimi vidiki življenja. Tudi v odnosu do starševstva, predvsem pri tistih uživalcih, ki so aktivno uživali drogo, je bil v tem primeru otrok bolj ogrožen, pogostejša bila tudi zanemarjanje in zloraba. Dejstvo je, da so pričakovanja žensk do odgovornosti v družini višja, tako je večina finančne, čustvene in vzgojne odgovornosti prepuščena materi, zato ugotavljamo, da se za neustrezno starševstvo

odgovornost prepisuje predvsem materam, prav tako nosijo več posledic (odvzem, obsojanje). Očetje oziroma partnerji pa so še vedno največkrat izvzeti iz odgovornosti in posledic, čeprav v naši raziskavi ugotavljamo, da so tudi partnerji neustrezno ravnali z otroki, vendar niso izgubili skrbništva.

9 REVŠČINA IN SOCIALNA IZKLJUČENOST

Intervjuvanke so navajale sedanjo ali preteklo izkušnjo z revščino in socialno izključenostjo, s katero so se soočale v različnih življenjskih obdobjih. Gre za večplasten pojav, ki vključuje materialni, družbeni in duševni vidik (Batas, 2004). Revščina in socialna izključenost sta med seboj povezani, in sicer revščina pomeni ne imeti, medtem ko se izključenost kaže tudi kot kategorija ne pripadati, kot občutek nemoči in pomanjkanja socialnih stikov (Jamnik, 2013). Pomanjkanje virov, ki omogočajo dostojno življenje, posameznike omejuje pri družbeni participaciji. Dohodek pa ni edini dejavnik socialne izključenosti, ampak k temu lahko pripomorejo tudi življenjske razmere, družbeni status, spol, zdravje in izobrazba (Schweiger in Graf, 2015, str. 98). Poznamo različne sociološke teorije multidimensionalne revščine, s katero razložimo dejavnike, ki vplivajo na življenje v pomanjkanju. Dragoš (2013) kritično opišeta šest teorij, ki pa so precej omejene in temeljijo na stereotipih in predsodkih. Deli jih na tiste, ki odgovornost za revščino pripisujejo posameznikom, in tiste, ki vzroke zanjo vidijo v strukturnih dejavnikih. V prvi skupini je značilno prepletanje krivde in usode posameznika (s tem, ko jih razume kot brezdne in lene), vzroke revščine vidijo v nižjih sposobnostih ljudi, kar kaže na element usode. Krivda posameznika se zrcali v neprimernih vrednotah, vedenjskih vzorcih in življenjskih stilih (nasilje, odvisnost), ki se prenašajo iz generacije v generacijo (Leskošek in Dragoš, 2014). Govorimo o začaranem krogu revščine, ko revni realnosti več ne obvladuje, saj ga njegov položaj potiska v vedno nove stiske, ki so posledice prejšnje in hkrati vzrok nadaljnjim stiskam (prav tam). Strukturne teorije revščine pa poudarjajo, da je revščina situacijska prisila, ki pomanjkanje pripisuje posledicam razmer, v katerih so posamezniki prisiljeni živeti, vzroke pripisujejo izkoriščanju in dohodkovni neenakosti med spodnjim in zgornjim družbenim slojem. Dragoš (2013) se strinja s temi idejami in predlaga, da država postane varovalka za tiste, ki izpadejo iz trga in družinske mreže, ter da bi osnovne življenjske potrebe plačevala država v višini, ki omogoča preživetje.

V intervjujih so matere ugotavljale, da je revščina eden ključnih dejavnikov tveganja, ki vpliva na življenje družine in njeno funkcioniranje tako v času aktivnega uživanja kot tudi po vzpostavitvi abstinence in rehabilitaciji. Lahko govorimo o spirali revščine, iz katere je težko iziti. Revščina in socialna izključenost sta se pokazali tudi pri zaposlitveni in izobrazbeni strukturi intervjuvank. 75 % respondentk je bilo prejemnic denarnih dodatkov z zgodovino dolgotrajne brezposelnosti. Več kot polovica ni bila nikoli v delovnem razmerju. Samo 5 %

(dve intervjuvanki) jih je bilo v rednem delovnem razmerju, 7,5 % (4 intervjuvanke) je bilo v času intervjujev na porodniškem dopustu, vendar so bile tudi te pred nastopom porodniškega dopusta brezposelne. 50 % intervjuvank je imelo zaključeno ali celo nezaključeno osnovno šolo, kar kaže na dejavnik tveganja, tudi če bi se zaposlile, saj bi na trgu dela dosegle najnižji dohodek. Na nezaposlenost med uporabnicami drog ima velik vpliv tudi stigma, saj so velikokrat označene z nalepkami, da so lene, kradejo, lažejo, da so nevedne zaupanja, kar posledično pripelje do dolgotrajne brezposelnosti, saj odvisnost pomeni oviro na trgu dela (*»On je vedel, da sem imela oziroma da imam težave z drogami, to je bila katastrofa v tisti prvi uri smo podpisali sporazumno odpoved. Vsi to tukaj jemljejo, vsi smo pač enaki. Smo vsi v enakem košu, ni nekih razlik. Nismo malo boljši, malo slabši. Mi je žal da nisem dala pritožbe, vmes sem bila negovalka, to pa je bilo vse v redu, pa je gospod vse vedel zakaj se gre. Tu pa ni problem, ker je bil on kot posameznik, ki ga ni motilo, me je tako tudi sprejel, ampak je pač umrl potem in sem potem tudi nehala.«*) (RNP PS 28).

Tudi potem ko že vzpostavijo abstinenco, lahko ob razkritju, da so imele težave v preteklosti, posledično izgubijo službo. V tem primeru stigmatizacija deluje retrogradno (*»Sem si našla službo in potem je nekdo šefu rekel, da sem narkomanka in me je vrgel ven iz službe. In potem mi je bilo zelo hudo, sem se šla zadet in sem ugotovila, da to delam leta in leta.«*) (RNP SS 19). Raziskave tudi kažejo, da se moški po končani obravnavi oziroma zdravljenju lažje vključijo na trg dela kot ženske (Jimenez, Mollina in Garcia-Palma, 2014).

Tudi partnerji intervjuvank so bili večinoma brezposelni, prejemniki denarne socialne pomoči, z izkušnjo dolgotrajne brezposelnosti ter uporabniki drog. Strokovne delavke se velikokrat v praksi srečujejo s tem, da je prav revščina (relativna in subjektivna) za mater in družino ter posledično za otroka najbolj stresna situacija. Tudi otroci so poleg težav, ki jih prineseta uživanje drog in specifičen življenjski slog (denar, porabljen za drogo), soočajo tudi s pomanjkanjem ekonomskih, družbenih, kulturnih, fizičnih, okoljskih in političnih virov (Jimenez in drugi, 2014).

V 31 % so se intervjuvanke opredelile kot enostarševske družine, kar pomeni, da so bile dodatno izpostavljene tveganju revščine, sploh če niso imele podpornega okolja (staršev, sorodnikov), ki bi jim finančno pomagalo. Podporno mrežo v družini predstavljajo največkrat njihovi starši, ki jim finančno pomagajo, tudi če sami nimajo visokih dohodkov. Pogosteje živijo v stanovanju ali hiši svojih staršev in imajo rešen vsaj stanovanjski problem, saj bi v nasprotnem primeru težko preživele. Vendar življenje pri starših lahko za uporabnico in

njenega otroka pomeni tudi zelo stresno situacijo, saj se vrača v okolje, ki je lahko zanjo visoko rizično zaradi domačega nasilja, odvisnosti, konfliktov. Velikokrat so intervjuvanke navajale željo po svojem bivališču, vendar so včasih prav zaradi finančnih razmer primorane ostati pri svojih starših, kar jih lahko posledično spet vodi v recidiv (*»Sem že v reintegraciji, ker nimam kam iti. Jaz sem se začela že zanimat za stanovanje, da bom šla na svoje. Za vikende že hodim domov, samo doma ne bom. Ni govora, ker doma ne bom zdržala.«*) (avp PS 14)/(*»Doma so iste razmere kot sem šla. Nič se ni spremenilo. In dosti težje mi je sedaj zdržat prej tud če ni bilo v redu, sem šla ven, sem se ga zadela in je bilo boljše. Zdaj nimam kam iti. Saj se umaknem v kakšen kotic in to ampak je vse v zraku. Je še sestra doma, mama, oče.«*) (AVP PS 1). Ženske, ki nimajo podporne mreže, ki nimajo lastnega stanovanja in ne dohodkov za preživetje, velikokrat razvijejo sindrom »vrtljivih vrat«, saj prehajajo iz ene institucije v drugo, da s tem ohranjajo vsaj minimalne možnosti osnovnega preživetja in bivanja. Avramov (1993) navaja kot najbolj nevarno kombinacijo dejavnikov za socialno izključenost pomanjkanje kvalifikacij in nizek dohodek ali odsotnost stalnega dohodka v kombinaciji s travmatskimi dogodki in specifičnimi osebnostnimi značilnostmi in v to skupino velikokrat spadajo tudi uporabnice prepovedanih drog.

Slabši gmotni položaj

Kot smo že omenili, je večina intervjuvank prejemale denarne dodatke. Pogosto imajo tudi dolgove, ki so povezani z neplačanimi obveznostmi (krediti, neplačane položnice ...), ki jih ne plačujejo dolga leta, kar velikokrat pripelje do izvršb. Nekatere so si nakopičile tako visoke zneske dolgov, da jih ne bi mogle odplačati, tudi če bi se redno zaposlile.

Uporabnice že v nosečnosti nimajo osnovnih pogojev, da bi poskrbele za zdravo nosečnost (primerna hrana, urejeno zdravstveno zavarovanje, stanovanjski problem), kar povzroča dodatno stisko, stres, depresijo. V tem primeru lahko nosečnica jemlje drogo kot način samomedikacije in poskus odmika iz realnosti. Tudi tiste, ki so vzpostavile abstinenco in se zaposlile ter spremenile slog življenja, velikokrat še vedno bremenijo dolgovi iz preteklosti (*»Definitivno bi bilo to, da bi se rešila kreditov in da ne bom na koncu meseca jamrala, ali bom imela za kruh ali ne. Jaz drugače rabim avto. Da bom imela svoj prihodek materialna varnost.«*) (AVP R 14).

Prav tako so intervjuvanke izpostavile omenjale neplačevanje preživnine (*»Preživnine mi bivši partner ne plačuje. Mi jo je en čas, mu je oče dajal skoz denar, nisem niti vedela za to.*

Sedaj mi je par mesecev plačeval, sedaj mi jo spet ne. Izgubil je službo, razbil je avto, spet mi jo ne bo dal. Meni se bo zmešalo.» (RNP SS 24).

Zaradi neplačevanja rednih stroškov vzdrževanja pogosto pride do izklopa elektrike, vode oziroma ostajajo v začaranem krogu dolžniških razmerij. Ena od intervjuvank se je zaradi finančne stiske odločila, da z bivšim partnerjem, ki je bil redno zaposlen, znova poskusita zaživeti skupaj, ker drugače s hčerko ne bi preživeli. Čeprav je bila zaposlena, redne plače ni dobila že nekaj mesecev (*»Tako, da finančno tako kot sedaj živimo malo težko živimo. Položnic ne moreš vseh plačat, potem pa odlašaj in potem se nabere tri mesece položnic, pa tri mesece drugega. Preden iz tega prideš, pa preden čakaš svojo plačo, ki si delal za njo, no potem greš iz dolga v dolg. Midva s fantom sva šla narazen, v bistvu ne, ko je videl kakšna situacija je, je prišel k nama nazaj, da nama finančno pomaga. On si ni mogel privoščiti svojega stanovanja, jaz tudi ne, pa sva rekla, da imamo dovolj prostora, pa še vsak svojo sobo. Ker shajati ne bi zmogla, imam stroškov 450 evrov, dobim pa ne socialne, ker sem bila zaposlena in dobim samo otroške.«) (RNP PS 36).*

Velikokrat denar, ki je namenjen preživetju, porabijo tudi za drogo, sploh če so aktivne uživalkе drog in niso vključene v nadomestno vzdrževalno terapijo ali pa poleg terapije uživajo še dodatne substance (kokain, BZO, THC). Dodatno tveganje za izpad dohodka lahko pomeni tudi partner, ki sam aktivno uživa drogo (*»Dobila sem 40000 evrov in porabila za drogo. Ta denar sem dobila od zavarovalnice, zaradi poškodbe glave in namesto, da bi porabila ta denar za koristne stvari, sva zapravila vse za droge. Vse je šlo za drogo, saj veste kokain je drag. V štirih letih. Bi si lahko kej kupila. Časa ne morem nazaj prevrtet.«) (AVP SS 7)/(»Starši so mi dali denar za eno najemnino, ampak iskreno povedano, je šlo vse za drogo.«) (RNP SS 32). Velikokrat so se intervjuvanke partnerju tudi podredile in mu zaupale tudi ves svoj denar. Tako se lahko denarni prejemki porabijo tudi za druga odvisniška vedenja (*»Zadnji dan sem ujela, da bo otroški dobil. Dva meseca ga je nesel v kazino.«) (RNP PS 29).**

Uporabnice se tudi zaradi materialne stiske posledično začnejo ukvarjati s prostitucijo ali pa si denar sposojajo pri različnih posameznikih in dilerjih. Denar si lahko pridobivajo na nelegalen način, na primer s krajo, prodajo nadomestne vzdrževalne terapije na črnem trgu in drugih predpisanih zdravil, dilanjem. Pogosteje se podajo v kriminal skupaj s partnerjem ali ga podpirajo in ščitijo, vendar same o tem niso želele govoriti.

Problem v sistemu pomoči, ki je bolj opazen zadnja leta s spremembo zakonodaje o zdravstvenem zavarovanju in socialnem varstvu, je v tem, da nekatere posameznice nimajo

urejenega zdravstvenega zavarovanja, da bi lahko vstopile v določen program pomoči. Izjema so centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, kjer lahko uporabnice in uporabniki prejemajo nadomestno vzdrževalno terapijo brez urejenega zdravstvenega zavarovanja. Prav tako v nizkopražnih programih ni treba dati nobenega prispevka za uporabo njihovih storitev.

Visokopražni programi v okviru zdravstva pa so vezani na plačilo storitev, ki se pokrijejo iz obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Prav tako so preostali visokopražni programi največkrat plačljivi s prispevki v višini denarne socialne pomoči. Če uporabniki in uporabnice niso prijavljeni ali so izključeni iz sistema pomoči javnih sredstev, se zaradi finančnih težav ali neurejenega zdravstvenega zavarovanja ne morejo vključiti v visokopražne programe. Tudi v primeru izključitve z zavoda za zaposlovanje uporabnice nimajo pravice do denarne socialne pomoči in posledično nimajo urejenega dodatnega zdravstvenega zavarovanja, razen če si ga ne plačujejo same, kar predvsem pri tistih, ki so bolj ranljive, pomeni začarani krog (*»Jaz nisem imela prej zdravstvenega zavarovanja, zato nisem mogla iti na zdravljenje, jaz bi že prej naredila DTO. Sam v bistvu, ko sem šla zavarovanje sklepat za tri mesece, sem s 1. 7. dobila zavarovanje, ker prej sem bila po atiju zavarovana. Skoz je bilo nekaj narobe.«*) (RNP PS 31).

Stanovanjska problematika

Večje tveganje za matere in družine pomeni tudi stanovanjska ranljivost, ki je povezana s plačevanjem najemnine, nezmožnostjo nakupa ali plačevanja lastnega stanovanja in s tem povezana odvisnost od svojcev ter brezdomstvo. Velikokrat se s stanovanjsko stisko srečajo že v nosečnosti, kar jim prinaša dodaten stres in občutek strahu, brezupa, kam bodo šle z otrokom po odpustu iz porodnišnice. Zaradi finančnih težav si skoraj ne morejo najeti najemnih stanovanj na prostem trgu. Zadnje izkušnje iz prakse kažejo, da velikokrat najemodajalci družine z otrokom ne želijo sprejeti v podnajemniško stanovanje ali pa se morajo zaradi nosečnosti izseliti.

Strokovni delavci so opozorili tudi na problem deložacij, saj za družino lahko pomeni veliko težavo plačevanje najemnine in tekočih vzdrževalnih stroškov, za kar pa najemodajalci nimajo posluha. Zaradi stanovanjske stiske tudi težje vzdržujejo stike z otroki, ker jih ne želijo izpostavljati nestalnosti in selitvam (*»Pol pa sem dobila v varni hiši, sem bila 1,5 let. Sam tukaj mi je nelagodno, ker hčerka ne more priti do mene. Jaz ne hodim k njej domov, nismo se nikoli o tem pogovarjali. Jaz sem sedaj živela eno leto pri partnerju, samski dom, majhna*

sobica, tudi midva sva se komaj premikala notri, saj je prišla sam ni to to. Imam načrt, da si uredim stalni naslov v Ljubljani, da bi pridobila za stanovanje za takrat, ko bodo razpisi za to neprofitno stanovanje.» (RNP R 6).

Tako se je družina ene od respondentk zaradi slabih finančnih razmer soočala s premajhnim življenjskim prostorom in nehigienskimi razmerami (*»To je bilo tako majhno, da je en bil na postelji, da se je drug lahko oblekel. Ampak vsak je mogel po 150 evrov plačevati, miši so me izpod omare gledale, hladilnika nisem imela, ko vidiš njihove iztrebke, sem mogla vse stran pometati. Nisem imela hladilnika.«*) (RNP R 6).

Brezdomstvo

V času intervjujev je bilo pet intervjuvank brezdomnih, trem so bili otroci odvzeti, eni materi je bil otrok ravno v času intervjuja odvzet zaradi neustrezne skrbi, ki je bila tudi pogojena s stanovanjskim problemom. Ena od intervjuvank pa je bila s sedemmesečnim otrokom nameščena v bivalni enoti Kraljev ulice. Več intervjuvank je poročalo o izkušnji brezdomstva v preteklosti, ki je bilo prehodno. Kot najpogostejše razloge za brezdomstvo so navajale odhod od doma zaradi uživanja drog, konflikte v domačem okolju, brezposelnost, nasilje v družini. To so tudi najpogostejši razlogi za brezdomstvo pri drugih skupinah, kar so potrdile tudi nekatere raziskave (Trbanc, Boškič in Rihter, 2003). Raziskave v tujini so pokazale na povezanost brezdomstva z zlorabami v otroštvu, zlorabo substanc v družini in nasiljem, rizičnim spolnim vedenjem, težavami v duševnem zdravju in invalidnostjo (Razpotnik in Dekleva, 2005, str. 70).

Vse so bile prepričane, da je brezdomstvo kratkotrajno. Najdaljša izkušnja brezdomstva pri eni intervjuvanki je bila deset let. Brezdomstvo se je začelo, ko je šel partner v zapor in je začela jemati drogo, takrat je pustila otroka in odšla. Imela je tudi težave s fizičnim in duševnim zdravjem, najprej se je selila iz institucije v institucijo, vendar se je ob odpustu vedno znašla na cesti. Droga in alkohol sta ji tudi pomagala, da ni razmišljala o otrocih in o svoji lastni situaciji (*»Pila sem žveplano belo vino, jaz sem bila z eno nogo že v grobu. Beton je topel, ploščice se ti zarežejo, lahko daš toliko kartonov po tleh, čez dve uri ti že udarja mrzlo iz tal ... Saj te vabijo moški, zato je tako malo žensk zunaj, ker si kakšnega dobijo vsaj za tisti čas. Ampak vsi ti moški zahtevajo svoje, ampak jaz imam pa že svojega. Domov se nisem vračala, ker me je mama odjavila.«*) (RNP R 6).

Ena od intervjuvank pa je spregovorila o izkušnji brezdomstva z otrokom (v času intervjuja je živela leto dni na cesti), ko sta s partnerjem zaradi neplačevanja najemnine in stroškov izgubila podnajemniško stanovanje. Takrat sta oba aktivno uživala drogo. Otrok je bil takrat star eno leto, na cesti so živeli nekaj mesecev, preden se je začel reševati problem. Izražala je jezo na CSD, ker jim niso pomagali pri rešitvi problema, saj je prišlo posledično do odvzema otroka in namestitve v rejništvo (*»Ko je prišel otrok, se je vse podrlo. Čist vse. Ostali smo brezdomci, tam, kjer smo živeli, nas je vrgel ven, ko so vzeli otroka, ko smo ostali na ulici, ko smo jih prosili da nam pomagajo. CSD namesto, da bi družino združili, je vsak šel na svojo stran. CSD pa namesto, da bi nas združu. Ne vem eno bivalno enoto, da bi pomagali na tak način, da družino razderejo. Eno leto sem že na ulici.«*) (RNP R 23).

Nekatere pa gredo od doma samo začasno, ko aktivno uživajo drogo, ker jim sorodniki postavijo mejo. Ob prenehanju aktivnega uživanja ali odločitvi za zdravljenje pa se vrnejo domov. To se lahko ponavlja, v različnih časovnih presledkih. Ena od respondentk je odšla na cesto, ker ni želela, da bi jo otrok gledal pod vplivom droge (*»Jaz sem pomislila, ne bom pred otrokom, ko sem se drogirala sem bila pri eni kolegici, pa pri eni kolegici, pa na cesti, ko sem se drogirala sem bila zunaj ali pri kakšni puncu, ko sem hotela nehat, pa sem prišla domov, sem se hotela sčistiti in so me doma gledali kako kriziram.«*) (RNP SS 21).

Tako v naši raziskavi kot tudi v raziskavah, narejenih v tujini (Lester in Lagasse, 2010), je višji socialnoekonomski status eden pomembnih dejavnikov, ki pripomorejo k temu, da se mati po zdravljenju bolje vključi v okolje in ima več možnosti tako za vzdrževanje abstinence kot tudi za izboljšanje življenjskih razmer. Tudi intervjuvanke so največkrat poudarile, da bi boljše finančno stanje in boljše stanovanjske razmere pripomogle k boljši vključitvi v okolje. Intervjuvanko, ki je že dosegla abstinenco in naredila spremembe na različnih življenjskih področjih, so obremenjevali dolgovi iz preteklosti. Poleg redne službe je bila zaposlena še na črno v popoldanskem času. Vendar kljub temu ni imela pogojev za vrnitev otroka, ker so jo institucije prikazovale kot materialno nesposobno (*»Ker to me najbolj skrbi pri CSD, za ločitev vzamejo plačilne liste in glede preživnine in mi zaračunavajo koliko rabim. Jaz ne morem čez mesec računat, koliko za otroka porabim. Jaz sem tukaj potem v zadregi, ker se potem počutim nesposobna. Ja glejte to morate naredit. Na podlagi česa. Se počutim nesposobno.«*) (AVP R 14).

Flaker in drugi (2008) poudarjajo, da je revščina in socialna izključenost zelo povezana z duševnim zdravjem in zlorabo substanc, saj revščina povzroča nenehno stisko, stres, ki ga

lahko nekateri posamezniki rešujejo tudi z večjo porabo substanc. Tako se posledice življenja v revščini večkrat kažejo v zlorabi substanc in nasilju v družini. Sicer je težko razlikovati med vzrokom in posledico – ali je zloraba substanc pripomogla, da se je družina znašla v revščini, ali pa je zloraba substanc posledica življenja v revščini in odziv na spopadanje s stresom.

Rezultati raziskave so pokazali, da je revščina večplasten problem, saj gre za preplet individualnih in strukturnih dejavnikov tveganja, ki vplivajo na vse vidike življenja matere: od odločitve za otroka, nosečnosti in starševstva do dostopa do zdravstvenih storitev in zaposlitve. V raziskavi ugotavljamo, da so se v večini respondentke soočale z dolgotrajno revščino in socialno izključenostjo, kar povzroča njihovo odrinjenost na rob družbe in posledično stigmo in diskriminacijo. Večina respondentk je bilo prejemnic denarnih prejemkov, kar kaže na nizke dohodke družine in izpostavljenost tudi njihovih otrok revščini. Pogosto denarno obremenitev povzroča tudi kupovanje droge, kar dodatno prispeva k izpadu dohodka v družini, še posebno če je tudi partner uporabnik drog. Prav oznaka odvisnika jim tudi preprečuje, da bi se vključile na trg dela, in tako ostaja spirala revščine nepovratna.

10 DVOREZNI MEČ SKRBNISTVA IN REJNISTVA

27 % respondentk je v času intervjuja imelo otroke nameščene v rejništvo, večina zaradi neustrezne skrbi in zanemarjanja. Otroci 40 % mater so bili dodeljeni starim staršem in drugim sorodnikom (sestri, partnerjevim staršem), preostali pa drugim rejniškim družinam, s katerimi niso bile v sorodu oziroma jih pred ukrepom niso poznale. Večinoma so intervjuvanke sprejele ukrep neprostovoljno ali na spodbudo strokovnih delavcev (*»Jaz se nisem strinjala, da gre hčerka v rejništvo. Jaz sem se kar malo prepirala glede tega, potem so me prepričali na socialni, da je boljše, da tako ukrenemo, kot da pridejo s policije in mi jo vzamejo. Na ta način smo se šli. Tako da sem se potem strinjala, da je boljše tako, kot da policija pride in jo dobesedno vzamejo, odtrgajo.«*) (RNP R 5).

Težje so sprejemale rejništvo tiste, katerih otroci niso bili nameščeni k sorodnikom, saj so imele občutek večje izgube, ker je bil otrok dodeljen tujcem. Tiste pa, ki so imele s svojimi starši slabši odnos, so sicer privolile v to, da ti prevzamejo rejništvo, vendar so dvomile, da je to za otroka boljša izbira, saj bi po njihovem mnenju drugi rejniki bolje vzgajali in poskrbeli za otroka (*»Kar v redu skrbijo zanjo, čeprav se z določenimi stvarmi ne strinjam, ker so res strogi do nje, derejo se včasih nanjo, kar mi res ni všeč. Drugače pa saj moram biti zadovoljna, sem zadovoljna, boljše, kot da bi bila v kakšni tuji družini, mogoče pa se bi imela tam boljše, saj ne vem, ne ve človek.«*) (RNP SS 32).

Sklepamo lahko, da imajo matere več stika z otroki, če rejništvo prevzamejo stari starši, poleg tega pa tudi lažje vstopajo in izstopajo iz družine. Ena od mater se je skupaj s partnerjem odločila, da zaradi slabših odnosov v družini oddata otroka v rejništvo drugim rejnikom, čeprav je po dobrih dveh letih rejništva to prepoznavala kot napačno odločitev, saj sta s partnerjem morala veliko več truda vložiti v to, da bi dobila otroka nazaj (*»... Ker nam pa je bilo rejništvo predstavljeno, tako, da midva greva v bolnico se ozdraviva, 2, 3 mesece, da se opazuje. Zdaj je 2,5 let od tega.«*) (AVP R 14). Tudi nekateri strokovnjaki poudarjajo, da se formalna izguba skrbništva obravnava kot strožji ukrep institucij, saj vključuje zakonsko poseganje v družino, in kot kažejo raziskave, je manj možnosti, da matere znova pridobijo skrbništvo. Formalno izgubo skrbništva matere doživljajo tudi bolj stresno in travmatično, z občutki nemoči in brezupa zaradi nemogočih zahtev, ki jih postavijo strokovni delavci v rejniški pogodbi (Wells in Marcenko, 2011). Rejništvo je materam predstavljeno kot začasen ukrep, v katerem bi morale izpolniti cilje rejniške pogodbe in ki se prekine takoj, ko prenehajo

razlogi za namestitvev v rejništvo (droga, brezposelnost, konflikti v partnerskem odnosu, neurejene stanovanjske razmere). Od matere se pričakuje veliko sprememb, ki jih težko doseže (stanovanje, finančna varnost, terapijska obravnava, odhod od partnerja uporabnika drog). To so visoke zahteve, ki bi jih mati morala doseči v zelo kratkem času, v nasprotnem primeru ima vse manj možnosti, da se otrok vrne, kar pomeni dodatno oddaljevanje od otroka ter vse manj upanja, da bi ji to res uspelo. Tudi v naši raziskavi je samo ena intervjuvanka čakala na vrnitev otrok iz rejništva, saj sta s partnerjem dosegla zahtevane spremembe. V tem času tudi mati ne more delati na odnosu z otrokom, se učiti starševskih veščin oziroma se mora odločiti med zdravljenjem in otrokom (Dauber, Neighbors, Dasaro, Riordan in Morgestern, 2012). Tudi pri institucij matere ne dobijo posebne podpore pri tem, da bi znova pridobile skrbništvo.

Respondentke so težje govorile o vzrokih za namestitvev otrok v rejništvo oziroma so razloge za namestitvev minimalizirale ali pa krivdo in jezo usmerile predvsem v strokovne delavce, ki so ta ukrep izvedli. Verjetno gre tudi za obrambni mehanizem zaradi občutkov krivde, da jim kot materam ni uspelo (*»Naj dajo druge otroke v rejništvo, jaz imam vsega preveč doma. Imam svoj vrt ima svoje igrače.«*) (AVP R 36). Nekatere pa so rejništvo prepoznavale kot bolj ustrezno rešitev za otroka (*»Sestra mi je že v porodnišnici rekla, če jo lahko ona odpelje ... Saj po treh letih, pa se je potem izkazalo, da ne gre, da ne bom zmogla. Glavna skrbnica sem jaz, ona je rejnica.«*) (RNP R 5). Izguba skrbništva nad otrokom je zelo stresna situacija. Že fizična ločitev vpliva na identiteto matere, tudi če se mati strinja s tem dogovorom (Harp in Oser, 2018). Ena od raziskav je pokazala, da matere, ki imajo kombinirane težave in izkušnjo travme, dvakrat pogosteje izgubijo skrbništvo nad otrokom (Inaba in Cohen, 2011). Največkrat odvzemi niso povezani neposredno z zlorabo substanc, ampak gre za kompleksne razloge, ko so otroci vpleteni v kulturo drog, nimajo ustreznega varstva in vzgoje, kjer je v družini prisotno nasilje in je tudi partner uporabnik drog in drugo (Doab in drugi, 2015). Prav tako so pri odvzemu otrok pomembni razlogi nizek socialnoekonomski status, vključno z brezdomstvom, nizka stopnja izobrazbe, brezposelnost in nižji prihodki (Schilling, 2003; Basnet in drugi, 2015).

Na drugi strani pa formalno ali neformalno skrbništvo največkrat prevzamejo stari starši, kar pa je po mnenju intervjuvank lahko tudi problematično. Od tega je odvisnih več dejavnikov, o katerih bomo bolj podrobno govorili v nadaljevanju. To področje je še vedno precej neraziskano, zato bi morale tudi družine s starimi starši in njihovimi vnuki postati bolj vidne v raziskovanju (Baldock, 2007). Tudi v naši raziskavi so stari starši najpogosteje prevzeli

skrbništvo in rejništvo nad vnuki (v 40 % primerov)²⁵. To je lahko formalni ukrep CSD, velikokrat pa prevzamejo skrbništvo tudi neformalno, predvsem zaradi tega, ker si sami ne želijo, da se bi v družino vključile institucije. Včasih gre za krajša obdobja prevzema skrbništva nad vnukom, ko hčerke, snahe, ne zmorejo poskrbeti za otroka (zdravljenje, obdobja recidivov, odsotnosti, aktivnega uživanja drog, težave v duševnem zdravju), včasih pa tudi za trajnejše oblike skrbništva. Stari starši se vključujejo v vzgojo in skrb za otroka ter prevzemajo starševske naloge, velikokrat tudi pomagajo svojim hčerkam finančno, rešujejo stanovanjski problem in druge težave. Po mnenju Beckhauusa (2009) so stari starši izjemen vir pomoči za vnuke, tako finančno kot in moralno. Po drugi strani pa je pomoč povezana z zelo stresnimi situacijami, socialno izolacijo, konflikti v odnosu s hčerkami, transgeneracijskimi vzorci ter težavami, ki so povezane z zdravjem in starostjo starih staršev.

Po eni strani skrbništvo ter prevzem skrbi in vzgoje pripomore k temu, da otrok ostane v družini tudi takrat, ko mati ne more ali ne zmore poskrbeti zanj, s tem se ohrani občutek pripadnosti. Po drugi strani pa se lahko ponavljajo iste vzgojne metode in vzorci, ki so že pri njihovih otrocih pripomogli k razvoju odvisnosti. Nekatere raziskave kažejo, da so otroci, ki so v skrbništvu pri materini družini, bolj čustveno navezani na svoje biološke starše kot tisti, ki so nameščeni v rejništvo (Lipsky in drugi, 2010). Tudi kljub svoji slabi izkušnji iz otroštva in slabših odnosih v družini matere privolijo, da se dodeli skrbništvo starim staršem. Sklepamo, da je njihov motiv prav to, da otroci ne odhajajo od doma, da imajo občutek večjega nadzora nad dogajanjem ter lažje prehajajo in prevzemajo starševske funkcije brez dokazovanja institucijam, da so dosegle želene spremembe (abstinenco, prihod domov po odsotnosti). Velikokrat pa so tudi stari starši obremenjeni z občutki krivde, sramu, ker imajo njihovi otroci težave z odvisnostjo, in se tudi sami sprašujejo, kaj so pri vzgoji naredili narobe. Vsi ti občutki lahko sprožijo depresijo in tesnobo, kar spet vodi k stresu pri njih in pri vnukih (Fong, 2017).

Vendar pa se po mnenju mater njihovi starši preveč aktivno vključujejo in prevzemajo skrb za otroka oziroma jim prevzemajo starševsko funkcijo, druge pa so mnenja, da bi bili brez njihove pomoči same in otroci še bolj oškodovani in izpostavljeni različnim tveganjem. Nekatere respondentke pa so pomoč staršev pogrešale in jim je bilo zelo težko sprejeti, da jih

²⁵ Skrbništvo je posebna oblika varstva mladoletnikov, za katere ne skrbijo starši, in polnoletnih oseb, ki niso sposobne sami skrbeti zase, za svoje pravice in koristi (9. čl. ZZDR). Namen skrbništva je, da se s skrbjo, vzgojo in izobrazbo vsestransko razvije osebnost mladoletnih varovancev in da se varovanci usposobijo za samostojno življenje in delo (178. čl. ZZDR) Skrbnik mladoletnika je dolžan skrbeti enako kot starš za mladoletnika (202. čl. ZZDR).

ti ne podpirajo, in so pričakovale več njihove pomoči (*»Zame. Jaz nisem imela ničesar za otroka, meni starši niso nič pomagali. Niti ene stvari mi niso dali. Če ne bi imela te strokovne delavke, če ne bil bilo nje, ne bi imela ničesar.«*) (RNP R 25). Za nekatere matere je formalna in neformalna socialna podpora varovalni dejavnik pred odvzemom otrok in je pomemben vir moči (Fong, 2017).

10.1 Izguba materinske vloge

Tiste respondentke, ki so imele otroke pri rejnikih, ki niso bili sorodniki, so poudarjale, da imajo odobrenih premalo stikov z otrokom ter da bi si jih želele več. Ukrep CSD v individualnem načrtu glede na razmere v družini določa, koliko stikov ima lahko otrok s starši. Če je mati ves čas pod vplivom substanc, potem se omogočijo stiki samo pod nadzorom, ponavadi v prostorih CSD (*»Stiki vse skupaj ni nič, na 14 dni 2 uri. Tako, da včasih me je imelo, da sploh ne bi šla, sam tri ure, ko sem bila tam, mi je bilo samo še težje.«*) (AVP R 14).

Respondentke niso navajale razlogov, zakaj ne morejo imeti več stikov, bolj so izražale jezo in nezadovoljstvo nad strokovnimi delavci in njihovimi ukrepi. Tudi nekateri strokovni delavci in delavke, ki delajo v programih pomoči na področju uporabe drog, so v intervjujih večkrat poudarili, da bi CSD moral omogočati več stikov, saj kljub temu, da so razmere v družini neustrezne, so otroci navezani na starše. Po drugi strani je treba družini zagotoviti, da na drugačen način ponovno znova naveže in vzpostavi odnos, predvsem pri tistih starših, ki so med obravnavo dosegli določene spremembe in lahko tudi stik z otrokom pripomore k večji motivaciji.

Ob namestitvi otroka v rejništvo matere večkrat obljublajo, da bodo redno prihajale na srečanja, vendar dolgoročno velikokrat ne ohranjajo stikov. Sklepamo lahko, da je na začetku še visoka motivacija, da otroka dobijo nazaj, ko pa prepoznajo, da ne bodo zmogle slediti zahtevam, tudi same obupajo in začnejo izgubljati stik z otrokom (*»Otroka nisem videla že dolgo, že od poletja ne. Nočem, ker nisem v redu.«*) (RNP SS 8). Stikom se izogibajo, ker še vedno aktivno uživajo drogo, ker ne želijo, da jih otrok in rejniki vidijo v takem stanju, nimajo otroku kaj obljubiti, ker še niso zmogle narediti spremembe. Malo raziskav je bilo narejenih o tem, kako ženske doživljajo izgubo skrbništva nad otroci. V eni redkih raziskav je Robert (1991) intervjuvala ženske, ki so izgubile skrbništvo nad otrokom, in ugotavljala, da

če je vloga ženske tesno povezana z vlogo matere, pomeni izguba skrbništva tudi izgubo vrednosti kot ženske. Intervjuvanke so navajale tudi občutek bolečine in izgube, ko prepoznavajo, da nekdo drug prevzema njihovo vlogo in da so tudi otroci vse bolj navezani na druge skrbnike (*»Brat hodi na govorilne ure. Mene boli, ker hodi brat. Bi si želela da bi jaz hodila, nekako tako je sin rekel, veš mami če bi zdaj midva bila skupaj, ne bi bilo v redu zame, kot še zdaj mi je dal vedet, da nisem znala postaviti mej, to boli.«*) (RNP SS)/(*»Kaj čem jaz tam delat, nisem bila sposobna za hčerko skrbet. Še zase ne znam skrbet, se učim še za sebe. Kaj bom jaz tam delala, zdaj je že 19 let stara, sem zamudila vlak. Nič nikoli, mama je hodila na govorilne.«*) (RNP SS 21).

Ena od sogovornic je omenila občutek ogromne izgube, ker sta se njena otroka navezala na rejnike in jih začela doživljati kot starše (*»Jaz vidim posledice na otrocih, saj naju kličeta oči, mami, midva sva za njega kot neka tujca, ki hodita k njima, ko se sicer imata sicer lepo pri njima, ampak to je to. Danes me je sicer že vprašal a greva k teti nazaj, sem rekla ne, zdaj bosta en teden tukaj. Ker misli, da je rejnica mama.«*) (AVP R 14). Ena od respondentk je navajala strah in zaskrbljenost, ali bo zmogla z otrokom spet vzpostaviti stik po preteku rejništva (*»Zelo sem vesela, komaj čakam, da jo vidim, Po drugi strani pa se začnem zavedati, da je to ena zaveza, ker ni kar tako, ampak je stalna.«*) (AVP R 39).

Medtem pa starejši otroci težko razumejo, zakaj ne morejo ostati pri starših, zato jim matere tudi težko pojasnijo, zakaj zanje ne skrbijo. To tudi otroci doživljajo kot izgubo in zavrnitev staršev (*»... hčerka je kdaj užaljena, kar ji čisto nič ne zamerim. »Mami zakaj me spet k teti pelješ, a me ne maraš?« Kako naj jaz to otroku razložim, da pač ena druga teta mi ne pusti dokler mami ne bo čisto zdrava. Ja kaj pa je narobe mami, da si toliko bolna, kako naj jaz to otroku razložim, daj povejte, kako ste vi pri alkoholikih to delali, ja veste ... To je bil odgovor.«*) (AVP R 14). Tudi zaradi takih stisk se matere izogibajo stikom z otrokom.

Raziskave pa so pokazale pogostejše negativne izide pri tistih otrocih, ki so večkrat zamenjali rejnike in skrbnike, saj gre za večkratne izgube in negativen učinek na sposobnost izgradnje odnosa, kjer otroci ne zmorejo vzpostaviti odnosa in pripadnosti (Pajulo in drugi, 2012). Problem je tudi takrat, kadar otroci vstopijo v rejništvo že skoraj v najstniškem obdobju, ko doživijo izkušnjo namestitve že bolj stresno, zavrnitveno in travmatično. Težje se vključijo in navežejo na rejnike in imajo težave pri vključitvi v šolsko in vrstniško okolje (Calhoun in drugi, 2015),

Hčerka v vlogi otroka

V odnosu do svojih staršev pa se matere večkrat doživljajo v vlogi otroka, ne odrasle osebe. Njihovi starši prevzemajo odgovornost za starševstvo in druge segmente življenja, saj so lahko ves čas prisotna sporočila, da niso sposobne in so v podrejenem položaju, ker so odvisne od prepovedanih drog. To je lahko tudi eden od razlogov, da se matere umikajo iz starševske funkcije, ker se ne počutijo kompetentne za materinstvo ali jim to sporočajo tudi starši (*»... mama je bila bolj tak, skoz mi je neki očitala, da ne znam, ne znaš tega, zakaj si to tako, pa nisi tako. Ni me jemala kot odraslo osebo, da imam tudi vlogo mame. Me je vedno obravnavala, kot da sem otrok, 10-letni, ki ga mora voditi. Vedno je hotela imeti glavno besedo, je prevzemala mojo vlogo.«*) (RNP SS 33).

Zaradi odvisnosti od staršev in zaradi možnosti izgube tega, kar jim dajo, težje postavijo meje in se postavijo zase (*»Mama je zelo prevzemala skrb za hčerko. Mi je šla na živce, samo sem bila tiho. Jaz sem bila malo odvisna od nje, zaradi varstva ali pa kaj tako, in ja je meni šla na živce, recimo čisto taka stvar: Ja daj še eno majico gor, drugače jo bo zeblo. To je šlo meni tako na živce, res.«*) (AVP SS 19). Ena od respondentk se je zaradi tega umaknila iz družine in varstvo otrok prepustila svoji materi (*»Meni je težko povedati, ker ona skrbi za moje otroke in potem se jaz umikam, grem v Ljubljano, nazaj. Jaz razmišljam, da bi ji na koncu tako rekla, da ko bom imela službo, ko bom 100% lahko poskrbela za svoje otroke, bom rekla najlepša ti hvala za vse. Zdaj bomo tu meje postavili, ne rabiš mi ves čas skakat v življenje.«*) (AVP SS 16).

Dvojna sporočila pri vzgoji

Problem skrbništva starih staršev so tudi dvojna sporočila, ki jih prejema njihovi otroci, saj gre velikokrat za nasprotujoče si vzgojne metode. To se predvsem izraža tam, kjer mati živi pri starših in tudi sama želi imeti vzgojno funkcijo. Večkrat so matere v intervjujih navajale, da so se ob svojih starših počutile nemočne, ker so bile primorane sprejemati njihova načela, odločitve glede in svojega otroka. Dvojna sporočila lahko tudi pri otroku povzročijo občutek zmedenosti in tako potem ne ve, kaj sme in česa ne, kaj je prav in kaj je narobe, koga naj upošteva, čigave meje naj sprejema (*»Mama reče tako, oče reče tako. In pol že jaz, ko vidim, gre iz ene skrajnosti v drugo. Jaz moram eno mejo držati, pa gre do staršev, pa jaz bi tako, pa tako in se vrti kot ena kokoš.«*) (RNP SS 33).

Intervjuvanke so pogosteje omenjale razvajanje in popuščanje starih staršev, kar so prepoznavale kot škodljivo ravnanje za otroka (*»To mu moj oče kupuje za neumnosti. Dobil je 4 pri glasbi in mu je kupil lego kocke za 128 evrov. In pol rečem očetu, Daj oče, kaj si nor. On ima samo njega, da on ni imel nič v življenju in naj ima on. Jaz priznam tudi meni so tako delali. Za mene in brata niso imeli časa in meni in bratu so kupovali vse. Trst je bil zraven in si izbiral kar si hotel, samo ni to to. Bolj je pomembna beseda, pa da bi starši bili s tabo.«*) (RNP SS 24)/(*»Jaz jo ne razvajam, jaz jo učim, da vse naredi sama. Gre na wc jaz ji rečem, sama si ritko obriši. Ona začne, dedek pridi malo sem in jo potem on obriše. Mene je tudi na podoben način razvajal, isto je mene razvajal. Mama mu reče pusti ju, da se uredita, pa za šolo pripravita. Rečem hčerki, pa daj se obleči, on pa reče, pa dej drugače ji reči, če se noče obleči. Potem hčerka to sliši in gre še bolj nasprotno meni.«*) (RNP SS 33). Stari starši želijo velikokrat pri vzgoji svojih vnukov popraviti napake in gredo v nasprotni model vzgoje. Prav tako je v takih družinah težje razmejiti vloge matere in babice, ker živijo v istem gospodinjstvu, saj se vloge pogosto prepletata, kar lahko pripelje do občutkov zmedenosti pri vseh.

Vendar pa je pomoč in skrb starih staršev za otroka potrebna, saj včasih mati zaradi osebnih težav (uživanja drog, duševnega zdravja), težko poskrbi za otroka. Nekatere respondentke so se zavedale tega, da so starši tisti, ki bodo poskrbeli za otroke tudi v času, ko tega same ne bodo zmogle (*»Začela sem se zadevati. Takrat sta tast in tašča prevzela skrb. Vedela sem, da bo poskrbljeno za hčerko.«*) (RNP SS 12)/(*»Seveda se je skrb za hčerko preložila na mojo mamo, očeta, na sestro, seveda se je preložila, seveda jaz nisem bila non stop doma. Sem bila tudi po 2, 3 meseca zunaj. Eno leto sem bila pri enem fantu, in zdaj preden sem šla domov in sedaj teh 5 mesecev sem bila v zavetišču za brezdomce.«*)(AVP SS 37)/(*»Dve tri leta nazaj, ko sem pojedla večjo količino tablet Dormicume, sem me odpeljali v bolnico. Od takrat naprej starši živijo pri meni. Oni so tukaj, ker so bolj sigurni.«*) (RNP SS 36).

Nekatere pa so že od rojstva otroka prepustile skrbi svojih staršev. Ob tem so navajale občutke zapostavljenosti, ker je po njihovem mnenju mati želela prevzeti njihovo vlogo in jih izriniti iz družinskega sistema (*»Mojega sina je vzela za svojega, ker si je želela sina, ker je mislila, da bom jaz fant. In si je skoz želela fanta.«*) (RNP SS 116)/(*»Tu pa bi rekla, da se počutim bolj zapostavljena kot mama. Ker moja mama je zelo težko človek, tudi ko sem jaz doma, je njena beseda glavna. Tako, da moram jaz prav pazit, da se otrokom preveč ne približam.«*) (AVP SS 16). Eno od intervjuvank pa je ravno to motiviralo, da se je odločila za prenehanje uživanja drog (*»Mama je hotela prevzeti skrb za starejšega sina, je bil pri njej leto*

dni. Potem sem se toliko k sebi spravila in ji rekla, da znam razmišljati in sem šla v to stanovanje. To mi je bila tudi motivacija, da dobim sina nazaj.» (RNP PS 27).

Stari starši imajo lahko tudi vlogo »mašila«, da poskrbijo za vnuke v taki meri, da ne pride do skrajnega zanemarjanja. V nekaterih primerih lahko samo pokrpajo akutno situacijo, problemi v družini pa ostanejo dlje časa prikriti, oziroma s tem lahko preprečujejo vključitev institucij v družino, saj je tudi stare starše strah, da bi bil ukrep institucij odvzem vnuka.

Prijava

Intervjuvanke pa so imele tudi izkušnjo, da so bili prav stari starši tisti, ki so neustrezno skrb za otroka ter uživanje drog pri hčerkah in njihovih partnerjih prijavili na CSD in sprožili postopek. Med razlogi je bilo verjetno tudi to, da so se bali za varnost svojih vnukov. Veliko jih ukrepa šele takrat, ko vidijo, da so v družini skrajne razmere, ko so otroci že ogroženi in ko po njihovem mnenju ni več drugih možnosti, da bi se razmere v družini spremenile. Tako je oče ene od respondentk prijavil CSD neustrezno ravnanje z otrokom, ker sta bila hčerka in partner aktivna uživalca drog (*»S socialno sem prišla v stik, ker je bila enkrat prijava zaradi droge. Moj oče nas je prijavil, da preprodaja partner in to.«*) (AVP PS 2). Nekateri stari starši to vidijo kot priložnost, da bi hčerka prenehala jemati drogo, saj bi ob možnosti odvzema začela razmišljati tudi o spremembi. Prijavo so naredili predvsem tisti stari starši, ki so bili manj aktivno vključeni v družino in niso imeli nadzora nad tem, kaj se v njej dogaja. Večinoma so po prijavi prevzeli skrbništvo nad vnuki. Nekatere respondentke so ob tem navajale jezo na starše, tiste, ki so se odločile za obravnavo, pa so to prepoznale kot pomoč in zunanjo mejo, ki jim je pomagala pri odločitvi za spremembo (*»Mi ni prav, ker me je oče prijavil, vendar se je potem v redu izcimilo.«*) (RNP SS 24).

Skozi intervjuje ugotavljamo, da stari starši kljub temu, da največkrat prevzemajo skrbništvo ali rejništvo nad vnuki, niso vključeni v noben program pomoči in nimajo možnosti posebne obravnave. Ker nimajo znanja in veščin, lahko ponovijo iste vzorce neustrezne vzgoje, ki so jih imeli pri svojih hčerkah, ali pa gredo v nasprotni model.

10.2 Odrivanje misli na otroka in več substanc po odhodu otroka

Predvsem tiste matere, katerih otroci so bili nameščeni v rejništvo ali so zaradi drugih razlogov z njimi prekinile stik, so razvile obrambne strategije, ki so jim pomagale pri

soočanju in sprejetju tega, da otrok ni več z njimi. Gre za obrambni mehanizem, ko mati ne želi razmišljati in odriva misel na otroka, ga na neki način odmisli. O tem je spregovorila intervjuvanka, ki že štiri leta ni videla svoje hčerke (*»Ko sem začela pred spanjem razmišljati, ko se spomnim nanjo, takoj zavestno začnem o drugih stvareh razmišljati, Sploh nočem razmišljati o tem. Čeprav vem, da to ni dobro, ker to samo tlačim.«*) (AVP SS 34)/(*»Preživela sem tako, da kot večina ljudi ne bi naredilo, odmisliła sem ga, ker mi je hudo, ko pomislim. Na hčerko sem pomislila, na sina pa sploh nisem, ampak tako zdaj če pomislim, tako mi je bilo lažje. Našla sem obrambo, ful grdo vem, meni osebno če pomislim nazaj mi je to ... mami si, ampak tako mi je lažje.«*) (AVP R 14). Z eno od respondentk smo prekinili intervju, saj ni zmogla več govoriti o hčerki in materinstvu. Hčerke namreč ni videla že nekaj let, od začetka prestajanja zaporne kazni (*»Mi je težko, ko me tako sprašuješ, spomnim se na hčerko. Mi je hudo govoriti o takih stvareh.«*) (RNP SS 8).

Odhod ali odvzem otroka je pri nekaterih respondentkah povezan tudi z bolj intenzivnim uživanjem substanc (*»Potem pa sem dokončno padla notri. Odkar ni hčerka z mano, sem bolj začela jemati drogo.«*) (RNP SS 40)/(*»Tak sem se zadevala, zdaj od takrat, ko je šel sin, da sploh ne vem, kaj se pogovarjam, skozi pozabljam stvari ali največ konzumiram tablete zraven, kar cele mesece, luknje imam take v spominu. Zadnja tri leta.«*) (RNP SS 9). Iz tega lahko sklepamo, da je lahko otrok varovalni dejavnik pred destruktivnim uživanjem drog, saj so pred tem poskušale na različne načine zmanjšati tveganja, povezana z uporabo drog. Prekomerno uživanje drog je torej tudi strategija, kako pozabiti in odmisli (*»Zdi se mi, po drugi strani odkar sina ni, sem se maksimalno zadevala s tabletami in metadonom. Horsa nisem jemala, sem pa tablete jemala, maksimalno jemljem helex pa MTD, pozabiš na vse.«*) (RNP SS 37)/(*»Ko so šle v rejništvo, sem začela še bolj kokain jemati, preveč ... Pol sem še spila tablete, ko so šle onedve v rejništvo, pol so me dali v psihiatrijo ...«*) (RNP R 10). Matere, ki so izgubile uradno skrbništvo, so pogosteje poročale o uživanju večjih odmerkov PAS kot tiste, ki so imele neformalno skrbništvo ali so prevzeli skrbništvo njihovi starši ali sorodniki, saj so imele več možnosti stika z otroki. Pri uradnem odvzemu skrbništva matere pogosteje izgubijo starševske pravice in njihova identiteta matere. Raziskave so tudi potrdile, da ima odhod otroka poleg prekomernega uživanja drog številne druge negativne učinke, kot so PTSD, obžalovanje, depresija, anksioznost, samomorilnost, nestabilnost v programih pomoči, stigma, socialna izolacija itd. (Sykes, 2011; Hooks, 2015; Wieler in drugi, 2017).

Zaradi vseh težav, s katerimi se spopadajo rejniki, skrbniki in matere, bi bilo treba vključiti v obravnavo tudi rejnike in skrbnike. Predvsem na začetku rejništva rejniki težko sodelujejo z

materami, ki so zelo odklonilne, saj doživljajo hudo izgubo. Prav tako je potrebno, da rejniki sprejmejo družino in njene značilnosti. Posebno pomoč znotraj institucij bi potrebovali tudi stari starši, skrbniki vnukov, ki so velikokrat spregledani v procesu pomoči in so tudi sami stigmatizirani, ker so že vzgojili otroke, ki imajo težave z odvisnostjo, in so označeni kot neuspešni starši. Po mnenju Emme Baldock (2007) bi bilo treba tudi za stare starše izvajati družinsko obravnavo, ki bi pomagala pri zmanjševanju in obvladovanju stresnih situacij. Strokovnjaki bi morali biti prav tako posebej pozorni na transgeneracijske vzorce, ki se pojavljajo v teh družinah, psihoedukacijo ter svetovanje, usmerjeno na vire moči.

11 MATERE UPORABNICE DROG S PERSPEKTIVE STROKOVNEGA OSEBJA

V nadaljevanju bomo predstavili mnenje strokovnih delavk in delavcev o materinstvu uporabnic drog, s katerimi so strokovnjaki v stiku predvsem v službah s področij socialnega varstva, nizkopražnih programov in visokopražnih programov.

11.1 Potrditev moralne kode neustreznega materinstva

Raziskave ugotavljajo (Benoit, 2015), da se matere uporabnice drog med obravnavo velikokrat soočajo s kaznovalnim pristopom ter pomanjkanjem razumevanja in podpore strokovnih služb. Predsodki in stereotipi jih delajo še bolj ranljive in lahko vodijo v diskriminatoren odnos. Kot pravi Zaviršek (2000), je v odnosu do ranljivih skupin pri strokovnih službah velikokrat prisoten koncept drugega, ki nastane z vzpostavitvijo meje med nami, tem, kar je v simbolnem smislu prav, in drugimi, tujimi, drugačnimi, deviantnimi oziroma napačnimi. Meja določa dominacijo ene skupine nad drugo. Tisti, ki je v simbolnem smislu prvi, dobi pozitivne zaželene lastnosti, drugi se od njega razlikuje tako, da postane nosilec negativnih lastnosti (Zaviršek, 1994). Nekatere raziskave potrjujejo, da veliko uporabnic drog ne dobi ustrezne strokovne pomoči prav zaradi pomanjkljivega znanja strokovnih služb, posledica česar je stigmatizacija in diskriminacija. Med strokovnimi delavci se velikokrat pojavlja mnenje, da si uporabnice drog ne zaslužijo obravnave ali da je za odvisnost porabljenega veliko preveč denarja. Posledično so matere v obravnavi deležne manj empatije in razumevanja ter pri strokovnih delavcih pogosteje vzbujajo občutke jeze (McCreaddie in drugi, 2010).

Kot ugotavljamo v raziskavi, intervjuvane strokovne delavke pripisujejo materam večji del odgovornosti za to, da so se znašle v tej življenjski situaciji (*»Poleg težav z odvisnostjo so prisotne tudi druge težave. Težave v družini, slaba družinska klima, potem pa kup enih zlorab, nasilja, kaznivih dejanj, materialne stiske, brezdomstva. Ponavadi si najdejo tudi partnerja, ki ima tudi sam težave z odvisnostjo. Tukaj gre za eno kompleksno situacijo, tudi za neko osebno poškodovanost in telesne bolezni, in celostno problematiko.«*) (VPP 8). Kljub temu nekatere ne vidijo posebnih razlik med materami uporabnicami drog in drugimi materami, ki se znajdejo v življenjski stiski (*»Specifike, težko bi rekla, tako če pomislim, ne vidim posebne razlike med ženskami materami, ki so tukaj in ženske matere, ki sem jih srečala*

na CSD. V bistvu gre za ženske, ki so se znašle v neki življenjski stiski, ali je to odvisnost, ali je to revščina, ali je nasilje, gre za podobna vprašanja. Ne vem razmišljanja o lastni preteklosti, o vzgoji ki so jo bile same deležne in o tem kaj posredujejo naprej svojim otrokom. Posebne razlike ne vidim.«.) (VPSD 5). Večina pa je opozarjala, da bi morale institucije bolj prepoznati in se zavedati celostne problematike družine uporabnic drog in na podlagi tega oblikovati ustrezne koncepte pomoči, protokole in smernice obravnave (»Mislim, da je odvisnost samo en delček, one imajo več težav, da bi samo to obravnavali, ampak da je to sklop vsega.«) (CSDSD 13). Iz intervjujev je razvidno, da je med strokovnimi delavkami prisotnih še veliko stereotipov in predsodkov in tudi z vidika institucij matere uporabnice drog ostajajo marginalizirana skupina, kar jih ovira pri tem, da ne dobijo ustrezne strokovne pomoči oziroma se je izogibajo. Prav tako v slovenskem prostoru ni dovolj programov, ki bi odgovorili na njihove potrebe. Ena od strokovnih delavk prepoznava, da v hierarhiji z drugimi ranljivimi skupinami uporabnice drog, predvsem pa matere in nosečnice, ostajajo še vedno najbolj stigmatizirana skupina (»Predsodek je, da je ženska zelo hitro obsojena. Primer, ki sem ti ga povedala, mati, ki ja zapustila otroka. Ne vem, na področju nasilja se žensko bolj razume. Če je šla od nasilnega partnerja in je otroka pustila tam. Jo razumemo, da je to naredila. Ženska z izkušnjo odvisnosti je pa sojena. Sojena, obsojena, da je otroka zapustila, to je zelo hitro, nekako se kar prepíše, ne da bi poznali zgodbo zgodovino te ženske. Zakaj je to naredila in če bi to poslušali, jo ne bi sodili.«) (VPSD 22).

Patologizacija mater uporabnic drog

Z gledišča strokovnih služb matere uporabnice drog velikokrat pomenijo nevarnost za družbo in so izvor patologije. Patologizacija je proces, ki določene značilnosti določene osebe ali skupine pojmuje kot naravne prirojene značilnosti te osebe. Patološke osebe so tiste, ki so nagnjene k določenim telesnim in duševnim boleznim, nasilju in manipulaciji. Gre za stereotipizacijo in izključevanje s pomočjo medicinskih kategorij in drugih sorodnih strok, kot so psihologija, pedagogika, socialno delo (Zaviršek, 2010). Gre za rekonstrukcijo družbenih problemov, ki so bili včasih obravnavani kot kazniva dejanja, deviantnost, greh ali razvade, danes pa se obravnavajo kot bolezni, ki jo medicina pojasnjuje, diagnosticira in zdravi (Horwitz, 2002). Z medikalizacijo se je povečala razsežnost patološkega, saj se medikalizirajo družbeni problemi in depolitizira vedenje. Medicinska stroka torej dobi moč družbenega nadzora in nadzira področja, ki nekoč niso sodila vanjo (Conrad, 2003). Običajno vedenje tako dobi oznako nezdravega in vse vrste ravnanja, ki niso v skladu z diskurzom zdravja, lahko dobijo oznako disfunkcionalnega, patološkega (Illuz, 2010). Duševne bolezni, med

katere spada tudi odvisnost od prepovedanih drog, so tako ustvarjene za upravičevanje družbenih disfunkcij in iskanje krivde znotraj posameznikov, s čimer se ustvarja nadzor nad družbeno nezaželenim vedenjem (Horwitz in Wakefield, 2007). Po mnenju Magnusson in Marecek (2012) patologizacija zanemarljivo vlogo kulturnega ozadja, heterogenost in življenjske okoliščine. Tako se duševno trpljenje človeka, njegova disfunkcionalnost in odklonskost definirajo skozi prizmo kulturnega okolja z namenom, da bi ohranili obstoječe družbene norme in strukture. Definicija patologije rabi kot smernica primernega oziroma neprimernega vedenja, pri čemer je ideal družbenega in zaželenega definiran kot normalnost.

V materah uporabnicah strokovne delavke vidijo patološke posameznice, saj se njihovo vedenje in izbire pripisuje njihovi drugačnosti in subkulturi. Tako eden od intervjuvanih strokovnih delavcev opiše nosečo uporabnico (*»Je v 5. mesecu, pa je to prišlo ven 2 tedna nazaj, ker je to zelo skrivala. Tako da sama ne ve, kdo je oče, težko ji je pomagat, ker je osebnostno nezrela, ne želi nobenih informacij, živi svoj svet, brez kakšnih koli odgovornosti. Dokler se ji ni videlo, da je noseča, ampak nikoli ni rekla, tudi ne vem, če je sama vedela. Tudi pri ginekologu še ni bila, čeprav jo spodbujamo k temu. Je precej patološka.«*) (NPSD 9). Kot pravijo Suchman in drugi (2013), poklicna ideologija strokovnih služb velikokrat temelji na ponotranjenih stereotipih in predsodkih in lastnih vrednotah, na katere vplivajo mediji, medicina, družba. Zaradi tega se uporabnice drog izogibajo institucijam, saj ko enkrat vstopijo v sistem, se začnejo soočati z izjemno stigmo in so videne kot neustrezne in moralno oporečne. Tudi nekatere intervjuvane strokovne delavke prepoznavajo, da matere zaradi stigme velikokrat razvijejo obrambno strategijo do strokovnih služb, in sicer sebe predstavljajo kot idealnega starša. Ta obrambni mehanizem izhaja iz strahu, da bi strokovne službe začele dvomiti o njihovih starševskih sposobnostih, kar bi lahko pripeljalo do odvzema otroka (Lester, Andreozzi in Appiah, 2004). (*»Na začetku, preden smo prišle do tega, da je težko včasih, pa da ne zmorejo, je bilo vse krasno pa lepo. Ker so hotele, da je tako. Ona je rekla, da če bi priznala, bi jo imeli za slabo mamo, da ne zna poskrbet za otroka. Zelo se bojijo tega, da bi jih preteklost prehitela.«*) (CSDSD 10)/(*»Jaz bi rekla, da bolj skušajo prikazat, predvsem pri materinstvu, mogoče pri nosečnosti niti ni, pri materinstvu pa bi rekla, da skušajo bolj to poudarjat, koliko jim gre dobro, koliko so uspešne, koliko delajo vse še boljše. Glede na to, da dvomim, da gre vse tako super in fajn, ne bi rekla, da zaupajo v tem smislu težave.«*) (VPP6). Nekatere strokovne delavke »idealizacijo materinstva« prepoznavajo kot slepo pego, ker matere uporabnice problem z odvisnostjo minimalizirajo ali zanikajo (*»Ker človek, ki je odvisen od neke substance, ni kritičen, ni kritičen do svojega vedenja in bo*

sigurno imel neko slepo pego do tega, da mu nekaj pač neki ne gre, ker ne more drugače bit. Čeprav zelo to prikrivajo, super sliko, da so v redu.«) (NPSD 19) ali prepoznajo težave šele takrat, ko že dosežejo abstinenco, saj jih takrat ni več strah, da bi otroka izgubile (»Potem ko so čisto trezne, da potem vidijo za nazaj, da takrat ko so bile pod vplivom metadona, se jim je zdelo, da super svojo vlogo opravljajo, da vse naredijo tako kot je treba, ko so bile trezne, so za nazaj videle, da niso bile v stiku z otrokom.«) (VPP 2).

Strokovne službe uporabnicam drog pogosto pripisujejo biološko prirojene ali družbeno pridobljene značilnosti, ki sodijo med negativne človeške lastnosti, kot so:

- **manipulacija** (»One znajo manipulirat, včasih pravim, da noben od naših dobrih igralcev jim ne seže do kolen.«) (CSDSD 12);
- **mati uporabnica drog ne more biti dobra mati** (»One se čutijo stigmatizirane, jaz mislim, da na nek način stigmatizirane so, da je že nekak nek predsodek, da mama, ki je zasvojena z drogami, je slaba mama. Moram pa povedat, da se v praksi tudi izkaže, da je to res. Ker če poznamo mehanizem zasvojenosti, vemo, da ti neka substanca vodi življenje in da je to na prvem mestu in potem vse ostalo. In da tukaj kot starš dejansko optimalno ne funkcioniraš.«) (CSDSD 10);
- **v obravnavo vstopijo le pod prisilo** (»Do zdaj nisem imela še primera, da bi kdaj samoiniciativno prišla, da bi hotela sama reševat problematiko. Vse so bile več ali manj prisiljene, da so nekaj spremenile, da dokler nismo šli v odvzem otroka, kup enih laži, manipulacij.«) (CSDSD 13);
- **nimajo ritualov** (»Tudi zanimivo je bilo, da ona ni bila navajena jest za mizo in čeprav je imela dvosobno stanovanje, mize niso imeli. So jedli pred tv.«)(VPSD 7)/(»Nekega dnevnega ritma, ki ga en otrok bi rabil, to dvojce mi na misel pride. Rituale stalnosti, zamenjava bioritma, da so pozno ponoči zbudjeni, da se zjutraj dolgo spi.«) (VPSD 12);
- **vodi jih nagon** (»Pomaga jim definitivno samoohranitveni nagon, dobesedno nagon, točno vejo, znajo, izredno znajo poskrbet za sebe, na en specifičen način ... Nas vidijo, pogleda te v obraz in vidi da kako mora s tabo.«) (NPSD 22);
- **scensko vedenje** (»Celi čas so na tej sceni, ogromno po barih, po parkih, samo kar je to vezano na lokale in to.«)(NPSD 20);
- **stalne selitve** (»Ta punca se seli iz stanovanja iz stanovanja toliko osebno skregana, ni ustaljena, jo mečejo. Se ne ustali. Se seli to zanjo ni ok.«) (NPS; 9)

- **agresija** (*»Te starejše generacije kar dobro funkcionirajo, po nekaj letih zadevanja, Te mlade pa kar naenkrat so odvisno od več vrst drog, plin, alkohol in je vse pomešano in so agresivni in se skurijo v dveh letih.«*) (NPSD 19);
- **labilnost** (*»Čustveno so bolj labilne, to je ful, bolj so labilne. Sprašujejo se, kako bodo z otrokom. Zelo so ambivalentne na eni strani rečejo, da bodo vse zmožle pa da ni noben problem, po drugi strani pa ful dvomijo vase.«*) (VPP 2);
- **različne diagnoze in duševne motnje** (*»Pa tudi uporabnica ima s pljuči težave, je zdravnik, ki zdravi pljuča, napisal v izvid, da je vedenjsko motena, vedenjsko in psihično motena. In ona je pri nas že 4 leta, ne zlorablja nič tablet. In to ji je pljučni zdravnik napisal. In smo rekli, da naj pokliče od nas, in ji je rekel, da imajo oni takšen formular. S stigmo se dosti srečujejo predvsem v zdravstvu, ko je vmes hepatitis.«*) (NPSD 15);
- **egoizem** (*»Funkcionirajo takrat, ko je ona v dobri fazi, ne prilagaja se potrebam otroka. Ne izhaja iz njegovih potreb. Tudi čustveno se odziva na njega takrat, ko je ona v dobri fazi,. Takrat bi se crkljala, ne pa takrat, ko to otrok potrebuje.«*) (VPP 8);
- **nesposobnost za vzgojo otroka** (*»Specifičnosti pri vzgoji s strani staršev, popolnoma nobenih mej ne postavljajo, niti majhnim otrokom, zelo glasno z njimi govorijo, zelo se derejo.«*) (NPSD 19);
- **nezmožnost spremembe** (*»Ne poznam pa nobenega primera, da bi se mamica uredila do te stopnje, da bi bilo v redu na dolgi rok. Mamica so šle naprej z drogami.«*) (CSDSD 11);
- **nedostopnost in nemotiviranost za obravnavo** (*»Od vseh teh, ki se je dalo velik narediti, je bila ena. Drugo, da rodi na MTD, gre nazaj. Zdaj na koncu smo imeli eno grozno zgodbo. Zdaj če je samo trda droga, če gre za kakšne duševne težave ali kakšne osebne motnje, kar je velikokrat zraven, je toliko težje delo. Zdaj ta, ki je bila perspektivna, se je dalo res, se je trudila kot mama, na terapijo hodila, smo sodelovali, na redne tme je hodila.«*) (CSDSD 13)/(*»Težko je z njimi delat, sploh v tej fazi aktivnega uživanja drog, naj bodo to droge, preveč MTD, niso sposobne za en tak psihoterapevtski proces, ki bi spremenil njihovo življenje, zacelil te stare rane in postavil neke dobre temelje za funkcioniranje v življenju.«*) (VPP 4). Kot smo že ugotavljali v raziskavi, so razlogi, zakaj matere ne zmorejo narediti spremembe, zelo različni, od težav z duševnim zdravjem, slabše podporne socialne mreže, partnerja, ki uživa droge, občutkov krivde, premalo ustreznih programov pomoči, kar pa velikokrat pri obravnavi ni upoštevano in pri strokovnih službah velikokrat prezrto.

Nekatere strokovne delavke znotraj posameznih služb, ki so v vlogi zagovornic uporabnic drog, prepoznavajo različne diskriminatorne prakse, saj matere v obravnavi pogosto dobijo oznako »težavne pacientke in uporabnice«.

- **etiketiranje** (*»Stigma, slabšalno je odvisnica, je džankica. Tukaj niso nikjer sprejete, dobijo takoj etiketo. S takim prizvokom obsojanja. Kaj pa naredijo otroku.«*) (VPSD 22);
- **nadzor**: večji nadzor v programih pomoči naj bi bil posledica preteklosti in dejanj, s čimer so morajo po mnenju nekaterih strokovnih delavk sprijazniti (*»Težko jim je po eni strani, samo mene gledajo in kontrolirate. Žal to pa rabite in morate vzeti v zakup, to je cena, ki jo plačujete zaradi odvisnosti. Je pa včasih pretirana pritisk in kontrola.«*) (CSD SD 12). Kot je izjavila ena od socialnih delavk, se lahko vsaka ne dovolj ustrezna reakcija v odnosu do otroka povezuje z odvisnostjo (*»Jaz sem mama treh otrok, jih ne tepem, jih nisem udarila. To ne pomeni, da mi ne gre v nekem momentu otrok na živce. Če to jaz rečem, da imam slab dan, pa da je to normalno, če to reče mama odvisna in če jo kdo sliši, je to že predlog, da je to neustrezna mama.«*) (VPCSD 22);
- **omejevanje pravic** (*»S CSD je tudi stigma, kako denarno pomoč sigurno lažje uredijo, če je zraven nekdo od strokovnih delavcev. Ko sem jaz zraven, je čist drugi odnos. Ko gre sama tja, nič ne more uredit, ko grem jaz zraven pa vse steče. Tako, imajo kar težave. Imajo ogromne težave.«*) (NPSD 15);
- **nespoštljiva komunikacija** (*»Zgodilo se mi je to, da ko sem zdravnico šla povprašat za mnenje, je bila njena reakcija zelo groba in nesramna in sem jaz vztrajala, da pač sem jaz do nje lepo pristopila. Ko sem rekla, da sem socialna delavka, je ton popolnoma spremenila, ker je mislila, da sem uporabnica, ker sem imela drugačen stil. Verjamem, da naši uporabniki vsega doživljajo.«*) (NPSD 5);
- **uporaba strokovnega jezika**: strokovno osebje velikokrat uporablja tudi strokovno izrazoslovje, ki ga uporabnice ne razumejo, in si pri tem ne vzame dovolj časa za obrazložitev, s tem pa jih že postavi v podrejen položaj (*»Večina ljudi na teh položajih si ne vzame čas ali pa uporablja strokovne izraze, strokovni jezik, kar bi bilo velik bolj preprosto, če človeku poveš preprosteje in hitreje bi se zadeva lahko rešila. Ampak niso vsi isti.«*) (NPSD 15);
- **prikrivanje informacij zaradi strahu pred odvzemanjem otroka oziroma neiskanje pomoči** (*»Ampak je sprva definitivno neko nezaupanje in prikrivanje in tehtanje, kaj povedat in kaj ne povedat, ali bodo obsojane ali ne bodo obsojane. Pa tudi ta strah, da jim bodo odvzeli otroka. Poleg odvzema otroka je tudi strah, da bi bile obsojane, da bi jaz kot*

terapevtka mislila o njih neki slabega, o njih in tudi to, da pokličem CSD, uradne službe.» (VPP 2).

Po izkušnjah strokovnih delavk matere doživljajo največ diskriminacije v porodnišnici, kar so navajale tudi intervjuvane matere (*»Stigme je kar precej, ena, ki je rodila, so ji babice, ko je rojevala, kar zraven govorile, a taki morajo rodit otroka, na tak način. Potem hepatitis je problem, pa z otrokom ni bilo nič narobe. 4,5 kg je imel. Ona je izpostavila, da je bilo ogromno tega, pa kar vpričo nje.» (VPP 18).*) (*»... si predstavljate, da pride ena džankica, pa lahko je čist urejena, je umita in da pride v porodnišnico in krizira. Jaz mislim, da je malo, pa nočem nič proti medicini in osebj, ampak si predstavljam, če gledam družbo, da so gledane z višine, z nekim cinizmom. Kaka mati pa si, kako pa si se ti sploh odločila.» (CSDSD 10).*

Ob vsem navedenem lahko sklepamo, da je logična posledica, da se matere želijo umakniti od strokovne pomoči, ki je velikokrat prepletena s stigmo in diskriminacijo (*»Z uporabnicami je malo več časa potrebno, da se sploh naveže neka komunikacija, so bolj ranljive, nimajo zaupanja. Ženske so drugačne v tem smislu, so bolj ranjene, so ranljivejše, od širše družbe so pogosteje diskriminirane.» (CSDSD 13)*), saj se bojijo posledic, ki bi jih prinesla vključitev v institucijo (*»In verjamem, da dokler ne dobijo to zaupanje, ne bodo govorile o teh problemih, bodo vedno govorile o drugih problemih.» (CSDSD 10)*)/(*»Večkrat so navajale strah, da jim bodo otroka odvzeli, jaz bi skoraj rekla, da ga vedno čutijo, da je ta strah kar prisoten, da je to gonilo tega, da ne sodeluje.» (VPSD 1)*). Prav zaradi tega so nekatere strokovne delavke v intervjujih poudarile, da bi si bilo treba prizadevati za odpravo stereotipov in predsodkov in se predvsem izogibati posploševanju (*»Dejansko pa so razlike med njimi ne skrbijo vse na isti način.» (CSDSD 13)*). Postopek obravnave in izidi so odvisni tudi od pristopa strokovne delavke, njenega strokovnega znanja, osebnostnih značilnosti in etičnosti.

Strokovne delavke so opozorile tudi, da nekateri programi pogosto zavračajo nosečnice in matere uporabnice drog, saj veljajo za problematične, oziroma so nezaželene zaradi odvisnosti in svojega življenjskega sloga. Kot pravi Zaviršek (1994), je tako ravnanje služb segregacija in pomeni ustvarjanje getoizacije ranljivih družbenih skupin, ki jo upravičujejo s predsodki (*»Zdaj nobeden ne sprejema odvisnic, noben ne sprejema z dvojno diagnozo mater, vsi se jih izogibajo materinski domovi, terapevtske skupnosti.» (VPSD 22)*). Uporabnica drog z otrokom za strokovne službe še vedno pomeni težavno uporabnico z več problemi, zato se je izogibajo predvsem visokopražni programi (*»Se prav tud to je ena luknja, ni prostora za matere odvisnice. To mi ne gre v račun. Ljudje imajo dober program za mamice z družino, ko so*

čiste. Čiste daj meni, z uporabnico, za mamico, ki je na metadonu, ni programov. V Sloveniji ga ni. Ni v redu, imajo varno hišo za punce, ki se zadevajo, ne smejo imet pa otroka zraven.» (VPSD 22)/»[...] da bi res bila ena oblika varovanega materinstva, institucionalnega, kot so krizni centri in materinski dom, da bi šla v prvih letih skozi neko edukacijo, ampak bolj podporne, ne toliko pod nadzorom, da bi bila v podporo, da bi ji bilo v pomoč. Zdaj če te dve gledajo, če ti znaš otroka previt, to nima smisla.» (VPP 8).

Prav tako ni reintegracijskih programov, saj se po vzpostavljeni abstinenci matere začnejo soočati z realnimi problemi (služba, vrtec, šola), na katere velikokrat niso pripravljene (»Mogoče malo manjka reintegracije, kakšne skupine podpore, da se lahko 24 ur obrne na nekoga. Kakšne skupine, kakšne podpore ali nimam informacij, da bi to obstajalo, ali pa res ni. Moraš biti ful močen, moraš zamenjati okolje, novo socialno mrežo si moraš dobit in to ni lahko. Drugače padeš v staro družbo in je vse isto. To je še bolj stresno obdobje, kjer imaš težave, ki jih prej nisi reševal. Celo življenje med biti in ne biti. In če nimaš ene podpore in strokovne in samopomočne skupine v tej smeri, ti je zelo težko.«) (CSDSD 11).

Patologizacija otrok

Patologizacija je prisotna tudi pri otrocih uporabnic drog, saj že kmalu po rojstvu dobijo različne diagnoze, nalepke, oznake. Tako kot matere tudi otroci dobijo oznako, da so problematični in potencialni kandidati za naslednjo generacijo uporabnikov drog. Če so že v porodnišnici prepoznani kot otroci uporabnic drog, so takoj bolj pod nadzorom institucij, saj jih morajo matere vključiti v različne službe (razvojne ambulante, pediatrična obravnava itd.), da se preverja njihov razvoj in posledice materinega uživanja drog med nosečnostjo. Prav tako te otroke bolj spremljajo in nadzorujejo socialne službe.

Pri otrocih uporabnic drog strokovne službe bolj prepoznajo vedenjske, kognitivne, čustvene težave (»Nimam kakšne konkretne raziskave, ampak po občutku si mislim, da imajo ti otroci več težav, vedenjskih, učnih, hiperaktivnost, ki bi rabili dodatno obravnavo, ali pa jo dobijo toliko kasneje, ker se problem skriva.«) (VPSD 1). Po mnenju Zaviršek (2010) so otroci iz ranljivih skupin izpostavljeni nadaljevanju stereotipiziranja in izključevanja. Veliko raziskav, ki so bile usmerjene v patologijo otrok uporabnikov drog, kažejo, da imajo v primerjavi z vrstniki povečano stopnjo anksioznosti, hiperaktivnost, depresije, opozicionalno vedenje, težave z vodenjem in agresivnim vedenjem ter nižjo raven samospoštovanja in socialnih kompetenc, motnje razpoloženja, ki so pri adolescentih podvojene v primerjavi z vrstniki, ki niso odraščali s starši, odvisnimi od prepovedanih drog (Hussong in drugi, 2005).

V intervjujih so se nekatere strokovne delavke spraševale, ali so določene težave pri otroku povezane z uživanjem substanc pri materi ali pa imajo večji vpliv tveganja iz okolja (*»Ne vem, verjetno je odvisno, en delež gre lahko v to, da če je mama jemala droge v času nosečnosti, da je že to v smislu organskem to vpliva, druge genetske dispozicije, če je odvisnost v družini. Posledica NAS po porodu, če je mama bila prej na drogi. Nekaj gre gotovo tudi na račun nestalnosti v družini, če ni neke varnosti, sigurnosti, enega ritma se sigurno pač neke težave razvijejo v to smer. Potem težko ločiš, ali je hiperaktivnost, ali pa je vzgojna nedoslednost, da ni nekih okvirjev in da je v tem smislu razpuščenost ali razvajanost.«*) (VPP 6). Nekateri strokovnjaki pa opozarjajo, da otroci uporabnikov drog prehitro dobijo diagnozo. V eni od raziskav so ugotovili, da so otroci, ki so odraščali z materjo uživalco kokaina, že do 12. leta imeli postavljeno vsaj eno diagnozo in da je imelo več kot polovica otrok, ki so bili sprejeti v psihiatrično obravnavo, starše, ki so imeli težave z odvisnostjo (Tarabulsy in drugi, 2008; Solis in drugi, 2015).

V naši raziskavi so intervjuvane strokovne delavke najpogosteje prepoznavale naslednje težave pri otrocih:

- **težave z učnim uspehom** (*»Ti otroci so pogosto inteligentni, bili pridni v šoli, tako prva faza, so bili kar učljivi, potem jim začne ta uspeh padati, ker nimajo spodbude s strani mame, po letu, letu in pol gre ta uspeh hitro navzdol.«*) (CSDSD 16);
- **nedruženje z vrstniki** (*»Pri teh otrocih se opaža težave z vrstniki, tudi pri njih se začne razvijati odvisniški stil življenja. «*) (CSDSD 17);
- **težave s pozornostjo in hiperaktivnost** (*»Kasneje ko otroci nekoliko dozori, se znajo pri otrocih pojaviti v vseh oblikah nemir in težave s pozornostjo ter učne težave in potem neka vedenjska problematika, ki se razraste potem v neko disfunkcionalno vedenje.«*) (VPP 6)/(*»Tisto kar sem jaz brala o ADHD ali pa navezanosti, kar sem prebrala nekaj študij, imajo več teh težav. Je pa dejstvo, če je neustrezna navezanost, če niso od vsega začetka stvari ustrezne, lahko pripelje do tega.«*) (VPP 8);
- **čustvene težave** (*»Ko otrok ostane v družini, je zaznat čustveno podhranjenost v smislu interpretacije čustev, v smislu nekega sproščenega odnosa, zaznati je neki primanjkljaj na tem področju, normalnega izražanja čustev, veselja, zadovoljstva.«*) (VPSD 7);
- **trma** (*»Pri otrocih, recimo zelo izstopa trma, to so šolski primeri močne trme.«*) (CSDSD 13);
- **razdiralna igra** (*»[...] razdiralna igra, to opažajo predvsem rejniki, ko se ne znajo igrati, ko vse porušijo.«*) (CSDSD 10);

- **prilagoditev na nasilje** (»Otroci na visoke in glasne tone ne reagirajo, ko kriči, otrok sploh ne reagira, ni prestrašen. Od zunaj, to je tako navajeno in oni kričijo, se derejo, kriči, se prepira, otrok ne trzne. Jaz sem to zadnjič videla na timskem sestanku, to sem videla, ko je imela otroka zraven, ko je začela kričat na nas, otrok ni trzil. Jaz sem se jokala, nisem mogla tega gledat. Neodziven otrok. Kot da bi bil malo avtističen, grozljivo je bilo to za videt.«) (NPSD 19);
- **zanemarjenost** (»so tudi zanemarjeni, neustrezno oblečeni na vremenske razmere, gre čist za telesno zanemarjenost, da smrdijo, so umazani, imajo premajhne, prevelike obleke, položnice ne plačajo v šoli, v vrtcu. Potem pa skrajni primeri, ko so majhni otroci, ko gre za hudo telesno zanemarjenost.«) (CSDSD 12).

Strokovno osebje otrokom pogosto pripisuje tudi negativne osebnostne lastnosti, ki se jih stereotipno povezuje z uporabniki drog, kot so prikrievanje, manipuliranje, laganje (»Tudi oni začnejo manipulirat, ogromno laži, drugi sošolci pa prijatelji so pa občutljivi in jih nekako po seriji vseh teh laži, jih izločijo. Njihove laži so nepredvidljive, jim na zaupajo, otroci se jih izogibajo.«) (CSDSD 10). Otroci uporabnic torej veljajo za težavne, patološke otroke, pri tem pa je spet spregledano dejstvo, da so lahko težave otrok odgovor na duševne stiske, kot so nasilje, revščina, stigmatizacija in diskriminacija, do katerih pa so bile strokovne delavke tudi v intervjujih manj kritične.

Zloraba ploda in obsojanje

Benoit in drugi (2014) so raziskovali, kako strokovni delavci definirajo problematično uporabo drog v nosečnosti, in pri tem ugotavljali, da glede tega nimajo enotnega strokovnega stališča ter da jo opredeljujejo predvsem skozi družbeni, medijski ter osebni diskurz. Odgovornost za varnost, tveganje in sposobnost za skrb in nego otroka je bila usmerjena predvsem v vedenje uporabnice. Pri tem je ugotavljala, da je uporaba drog v nosečnosti pri strokovnih službah prepoznana kot izrazito moralistična in patološka ter da so strokovni delavci usmerjeni predvsem v »materino čistost« in »svetost ploda«. Tudi v naši raziskavi ugotavljamo, da strokovne delavke uporabo drog v nosečnosti povezujejo z zlorabo otroka, kar pomeni, da ga ločijo od materinega telesa in mu dajo status osebe (»Ker to res gre v kategorijo zlorabe otroka. Jaz razumem, da ona prepozna, da je noseča, bolj pozno, ker nima menstruacije, pa ne vedo, ampak tudi potem ko izvedo, še vedno jemljejo droge.«) (VPP 6).

Young, Boles in Otero (2007) opozarjajo, da je uporaba drog v nosečnosti izrazito predstavljena kot deviantna in je abstinenca edina ustrezna izbira za nosečnico, medtem ko

zmanjševanje škode velja za manj zaželeno. Uporaba drog se obravnava kot osebni problem, ker posega v naravno vlogo ženske, in sicer poskrbeti za plod in novorojenčka in ga zaščititi oziroma optimizirati njegovo zdravje (*»V času nosečnosti me šokira zmeraj znova jemanje droge v času nosečnosti, zdravstvena ogroženost otroka. Ampak čisto iz zdravstvenega vidika, ker na primer ženske, ki ne jemljejo droge, ki so žrtve nasilja, zagotovo to ne vpliva na otroka pozitivno, ampak je tukaj ta zdravstveni moment, ko otroke tudi fizično ogroža. To je tisto, kar preseneti. Odnos do svojega telesa pri teh ženskah, škodit sam sebi z drogo, s tabletami, z vsem mogočim.«*) (CSDSD 13). Telo uporabnice drog je predstavljeno kot telo, ki ni primerno za nosečnost in rojevanje (*»To je bolj osebna, da je to globoka motenost in travmatiziranost žensk in brezmejnost, da v bistvu sploh pri nekaterih, otrok sploh ne predstavlja odnosnosti, individualnosti, unikatnosti, posebnosti ampak zgolj nek predmet, preko katerega pridejo ali do financ ali preko katerega opravičijo svojo žensko vlogo.«*) (VPSD 7). Nekatero strokovne delavke so v intervjujih poudarjale, da se vlogi matere in uporabnice drog izključujeta (*»Jaz mislim, da ne morejo sprejeti te vloge, da v bistvu ne morejo preklapljat, ker one so v tem subkulturnem smislu še vedno odvisnice. Gre za dvojno stigmo, stigmo matere, stigmo ženske odvisnice in da je tu globoko prisoten prvič sram, drugič zanikanje, da v bistvu se izogibajo tej vlogi.«*) (NPS 9).

Strokovnjaki velikokrat poskušajo odsvetovati nosečnost, ne da bi najprej raziskali vrsto podpore, ki bi jo ženska ob tem potrebovala. Kot pravi Zaviršek (2000), njihovo ravnanje velikokrat temelji na načelu zdravega razuma, saj ko nimajo dovolj strokovnega znanja, se oprejo na načelo, kar se jim zdi, da je najbolj prav. Vse to pa temelji na predsodkih in posploševanju, ki je pridobljeno v izmenjavi mnenj iz korpusa že obstoječih znanj, ki zavestno in še bolj nezavedno oblikujejo zdravorazumski odnos do sveta (otrok bo preveč trpel, mati ne bo sposobna skrbeti zanj).

Zato strokovnjaki materi predstavijo splav kot najustreznejšo rešitev (*»Se pa pri prvih otrocih ne odločajo za splav, pri tretjem, četrtem mogoče, ampak še to ne. Jaz jih spodbujam k temu, ker so na velikih dozah droge, zdaj imam ravno eno aktualno, je na 4 gramih heroina in si zraven dokupuje BZO in BUP taka poliksomanija, pa četrtič noseča.«*). (NPSD 19) Nadzor nad njihovimi odločitvami večkrat prevzamejo komisije za splave (*»Zdaj smo naleteli dvakrat, da komisija ni odobrila splava. Vse imajo komisijske splave. Ena je šla v Ljubljano, ker je bil četrti otrok, vseh treh nima pri sebi. Kar naj rodi otroka in naj ga da v posvojitev. Na začetku, ko je že bila noseča, je skočila iz balkona in je imela poškodbo, pa ji niso hoteli narediti splava.«*) (VPSD 21).

Benoit in drugi (2015) ravno tako opozarjajo, da so velikokrat iz interpretacij strokovnih delavk in delavcev odsotne biomedicinske posledice posamezne substance, še zlasti če gre za predpisana zdravila ali nadomestno vzdrževalno terapijo. Kljub temu ena od strokovnih delavk ugotavlja, da otroci mater, ki so v nosečnosti jemale heroin, niso razvili NAS ter da imajo na nosečnost večje posledice BZO, ki jih včasih predpiše tudi zdravstveno osebje.

Strokovni delavci jih pogosto tudi obravnavajo kot ženske, ki nimajo pravice do spolnosti, nosečnosti in materinstva, kot deviantne posameznice, ki jim je na prvem mestu potreba po drogi in je vse drugo zanje drugotnega pomena (*»Imam pogosto občutek, da sploh v te patologije odvisniške, je v partnerstvih pogosto nabijanje adrenalina z nezaščitenimi spolnimi odnosi. Tako, da nosečnost v bistvu je neke vrste hazardiranje. Jaz to bolj gledam skozi to patologijo odvisniško. Ta ista pacientka je ona prvič zanosila med prostitucijo, drugič je zanosila v komuni, potem zdaj ponovno na tem dela, da bi zanosila.«*) (VPSD 7). Po njihovem mnenju matere uporabnice drog že zaradi preteklih in sedanjih travmatičnih izkušenj ne zmorejo vzpostaviti tako imenovane varne navezanosti z otrokom, saj sploh niso v stiku s seboj in svojim telesom, in so avtomatsko ožigosane kot neustrezne matere (Krane in Davis, 2000) (*»Sploh nimajo stika s telesom, niti s fetusom, tako da glede na izkušnje z ženske skupine je v bistvu redkokdaj opaziti, da recimo gladijo trebuh ali se zavedajo, nekatere tudi v pozni nosečnosti prikrivajo nosečnost. Se oblačijo v čisti običajni oblačila, ampak gre že za neke vrste zanikanje dejanskega stanja.«*) (VPSD 7). Nekatere raziskave dokazujejo, da otroci, ki so bili v maternici izpostavljeni drogam, pogosteje navežejo nevaren stil navezanosti²⁶ (Seifer in drugi, 2004) (*»Ena, ki je rabila več kot tri mesece, da je sploh zmogla se dotakniti svojega otroka. Do takrat je mož skrbel za otroka in tašča medtem, ko ona ni prenesla niti pogleda.«*) (VPSD 2).

Tako pogosto institucije prevzamejo nadzor nad ženskami, ki »ne bi smele biti reproduktivne« oziroma otrok sploh ne bi smele imeti (Zaviršek, 2001). Na to je opozorila tudi strokovna delavka iz porodnišnice, in sicer da se uporabnice želijo informirati in se želijo pripraviti na nosečnost, vendar od strokovnih služb ne dobijo informacij in podpore (*»Večkrat pa so nam tudi povedale, zdaj ne vem koliko je to res, da one želijo nižat, ampak to že prej, preden so*

²⁶ Teorija navezanosti predpostavlja, da stil navezanosti vpliva na čustvovanje, mišljenje in vedenje v odnosih skozi vse življenje, zato lahko pričakujemo, da to velja tudi za odnose med generacijami. Ne gre le za vpliv stila navezanosti, pač pa za prenos notranjih modelov z ene generacije na drugo prek izkušenj, ki jih prva generacija ustvarja za svoje potomce. Nevarno navezani starši imajo nevarno navezane otroke, ti pa postanejo nevarno navezani odrasli. V nevarno navezanost pa spadajo naslednji vzorci navezanosti: anksiozen-ambivalenten, izogibajoč, plašljivo izogibajoč ter odklonilno izogibajoč vzorec navezanosti (Žvelc, 2006).

bile noseče, ker vejo, da v to nosečnosti ne, ampak da jih tam zelo ovirajo, pa jih ne spodbujajo, ali pa to odrivajo. Ne vem, potem, se mi je zdelo že malo čudno, da to ne bi bilo res, če jih toliko to reče.» (VPSD 21).

Strokovne delavke velikokrat ne zaupajo uporabnicam, da zanje nosečnost pomeni visoko motivacijo za spremembo. Pri tem ugotavljamo, da tudi zaradi takega prepričanja ne dobijo dovolj pomoči (*»Nosečnost in materinstvo, da je to motivacija, na prvo žogo, bi rekla, da je to en tak zunanji motivacijski faktor, sigurno visok, to bi že rekla. Dolgoročno, pa ob vseh težavah, je pa ta skrajnost, da bi pa vztrajale v tej spremembi, to pa bi rekla, da niti ne.«*) (CSDSD 10). Strokovne delavke tudi iz prakse nimajo izkušenj, da bi nosečnice same poiskale pomoč (*»Da bi nosečnica kam prišla po pomoč, kvečjemu da bi prišla zaradi nosečnosti v obravnavo, s tem nimam izkušenj, pa tudi odlašajo z obravnavo. Da bi sama neki naredila, se ne spomnim nobenega primera. Jaz sem noseča, rada bi nekaj naredila, da bi kakšna rodila in rekla, zdaj bi se rada zdravila, ker sem rodila.«*) (VPP 8). Skozi te izjave se potrjuje stereotipna predstava, da matere ne iščejo pomoči, ker želijo ostati uživalke drog, in da jim materinstvo ni pomembno. Vendar si ob tem strokovne delavke premalokrat postavljajo vprašanja, ali ni ravno napačen pristop in koncept pomoči tisti, ki vpliva na to, da se matere odmikajo od procesa pomoči.

Na drugi strani pa so nekatere strokovne delavke poudarjale, da je iz njihovih izkušenj prav nosečnost obdobje, ko so uporabnice pripravljene veliko narediti za otroka, ko mogoče prvič dobijo priložnost in smisel, da bi lahko prenehale uživati droge, in hkrati dobijo potrditev, da so, čeprav uživajo droge, ženske, nič drugačne od drugih (*»Ne v tem smislu, ta zunanja motivacija v smislu skrbi za otroka. To je ta notranja potrditev, da sem lahko normalna, uspešna. In nič slabša kot druge.«*) (VPSD 1). Nosečnost in materinstvo je za nekatere zaradi vseh travmatičnih in stresnih izkušenj dokaz ženskosti in vir upanja, da se bo s tem izpolnil njihov življenjski smisel (*»Potem zanosi in ima občutek, da bo končno dobila nekoga, ki jo ima rad in bo ona imela rada njega. In se bodo zelo težko odločale za prekinit nosečnost, ker je to nekaj, o čemer so vse življenje sanjale, da bi imele nekoga, ki jo bo imel rad. To je moje razmišljanje.«*) (NPSD 24).

11.2 Uporaba/neuporaba drog kot ustrezno/neustrezno materinstvo

V raziskavi ugotavljamo, da strokovne delavke velikokrat povezujejo »ustrezno« ali »neustrezno« materinstvo z uživanjem ali neuživanjem drog oziroma s popolno abstinenco in pri tem pogosto spregledajo druge okoliščine, kot je revščina, in razloge, zakaj so začele uživati drogo, stigmo, nasilje itd. (*»Jaz tisto, kar vidim, da zelo izhajajo iz sebe, da dajo sebe ne prvo mesto, ne pa potrebe otroka. In potem ali ga ful crkljajo, ker one tako čutijo, ali pa veš ni prav tisto, da bi bile otrok na prvem mestu, ampak je odvisnost.«*) (VPP 8). Prav tako se uporaba drog velikokrat povezuje z zanemarjanjem otrok: ko strokovno osebje izve za materino uživanje, sklepa, da gre za zanemarjanje, ter si vzame pravico, da lahko začne bolj nadzirati življenje mater (Boyd, 2004). Tudi otroci so velikokrat odvzeti iz družine brez analize tveganja in samo na podlagi tega, da so bile matere pozitivne na droge ali da se je pri novorojenčku razvil NAS (Falletta in drugi, 2018). Kot so ugotavljali v eni od raziskav, so bili pozitivni urinski testi pri veliko strokovnih delavkah znak, da matere ne bodo zmogle poskrbeti za otroke, in dejansko se je temeljita analiza tveganja začela šele po odvzemu otroka. Ta praksa se tudi do danes ni veliko spremenila.

Če strokovno osebje ugotovi, da je mati na urinskem testu pozitivna na prepovedane droge, postane neustrezna kljub možnosti, da droge uživa samo občasno. Kot pravi Kullar (2009), testi postanejo sredstvo, ki kaže na neustrezno starševstvo. Pri tem nekatere raziskave opozarjajo, da so revnejše ženske 10-krat pogosteje testirane kot druge matere. Testiranje torej temelji na predvidevanju, da z vsakim pozitivnim urinskim testom mati škoduje otroku (Boyd, 2004) (*»Imeli smo mamo, ki je podtaknila urin, ki je vzela skrito iglo, da bi bila sprejeta, naslednji dan pa se je ugotovilo, da ni pravi, in je bila odpuščena.«*) (CSDSD 12). Med drugim urinski test določa, ali bo mati sprejeta v program zdravljenja oziroma ali bo obdržala otroka ali ne.

Tako se je v eni od raziskav večina strokovnih delavcev opredelila, da vsakršna uporaba drog že pomeni tveganje za ogrožanje otroka. Na podlagi tega je tudi utemeljena intervencija v družini (Fresithler in drugi, 2017). Socialni delavci imajo pomanjkljivo znanje, da bi ocenili, kako odvisnost oziroma uporaba substanc pri materah vpliva na vsakodnevno funkcioniranje družine (skrb in nega otroka, redni obroki, dnevni rituali). Kot poudarjajo Lipsky in drugi (2010), velikokrat izhajajo iz diskrecijske pravice, da ukrepajo, ko ugotovijo, da matere uživajo droge, in ne analizirajo dejavnikov tveganja v vsakodnevnem življenju družine. Velikokrat delujejo kot birokrati, brez jasnih smernic, kako ocenjevati škodo, ki jo ima lahko

otrok v družini (vrsta droge in legalnost droge). To Stone (2015) prikaže na primeru v Avstraliji sprejetega zakona o legalizaciji marihuane, saj se je s tem spremenil odnos strokovnih delavcev do družin, v katerih so starši uživali THC. V skladu s tem je bila ocena tveganja popolnoma drugačna: te družine so začeli obravnavati kot manj problematične. Strokovnjaki ugotavljajo, da se pri predpisanih opioidih socialne službe manj vključujejo v družino, pri prepovedanih pa bolj intenzivno in tudi ukrepi so bolj drastični, saj jih večkrat povezujejo z zanemarjanjem otrok, čeprav so nekatere študije pokazale večjo umrljivost otrok do šestega leta, katerih starši so uživali večjo količino predpisanih zdravil. Strokovni delavci ne uporabljajo posebnih orodij, s katerimi bi ocenjevali škodljivost posameznih substanc (količina, pogostost uporabe), pač pa ukrepajo samo na podlagi uživanja ali neuživanja drog (Falleta in drugi, 2018). (*»Stigma je džanki, če ženska pije, gre še nekak skoz, če ženska uživa drogo, je drugače, še tablete so drugače, tudi še nekako gre. Jaz ne bi rekla, da se od njih več pričakuje, je pa res, da so toliko stigmatizirane, da je to tisto najslabše, kar je možno. Da lažje sprejmeš, da ženska pije, kot da se drogira, je večja stigma. Jaz gledam, da karkoli je, ne more biti ustrezna mama, samo da navzven verjetno tablete se da še najbolj skrivat, navzven dajejo vtis, da so matere ustrezne.«*) (VPSD 22).

Kot smo že poudarili, je bilo tudi v naši raziskavi večkrat poudarjeno, da je merilo ustreznega materinstva popolna abstinenca od vseh prepovedanih drog (*»Zunanja meja, takrat ko starš uživa droge, nima ustreznega stika z realnostjo. Ne more nekdo, ki aktivno uživa droge, ne more objektivno ocenit, kaj otrok potrebuje, izhaja iz nekega svojega lastnega počutja, ki je pač odvisno od droge od PAS. In jaz sem boljša mati, ko uživam kokain.«*) (VPP 2), saj je pod vplivom drog zmanjšana sposobnost prepoznavanja čustvenih potreb pri otroku (*»Ful jim je težko, ko joka, jim je težje prepoznat potrebe otroka. Bolj živčne postanejo, so nemirne, razdražljive, potem pa se še bolj kontrolirajo, ko narašča napetost.«*) (VPP 18). Intervjuvane strokovne delavke so poudarile, da zmorejo matere prepoznati le osnovne potrebe otroka, kot so hrana, spanje, materialne dobrine, težje pa se vživljajo v druge potrebe, denimo po varnosti, strukturi, tolažbi (*»Tako se mi zdi, kar je še najbolj opazno težko vidijo potrebe otrok. Tako bom rekla, tisto osnovno ga nahrani, previje, zelo osnovni del. V tistem čustvenem smislu pa težko zmorejo. Tega čustvenega dela pa ne zmorejo. Tisto, kar moraš zaznat, kar otrok rabi.«*) (VPSD 1). Tudi če so matere vključene v nadomestno vzdrževalno terapijo, ki jo strokovne službe predstavljajo kot boljšo izbiro za otroka, ne zmorejo doseči meril »dovolj dobre matere«. (*»So pa tudi nekateri primeri, ali se vključujejo v metadonske programe, ki na nek način zadovoljivo funkcionirajo, ampak tisto res minimalno zadovoljivo. Ne spomnim se*

nobenega primera v tem metadonskem programu, ki bi mama odlično funkcionirala. Se opazijo primanjkljaji v rednosti, doslednosti, strukturi. To so zadeve, ko so otroci bolj ko ne samorastniki, funkcionirajo minimalno, ampak ne takrat, ko to otrok rabi, ampak takrat, ko je ona v dobri fazi.» (CSDSD 13).

Eden od intervjuvanih strokovnih delavcev je navedel primer, da si je ena od njihovih uporabnic izbrala samomor, ker se v danem trenutku ni zmogla odpovedati drogi in tako poskrbeti za otroka oziroma ga obdržati (*»Prejšnji teden, ko se je ena mamica vrgla pod vlak. Poznamo pa še kakšen primer, ko je prišlo do smrtnega izida mame ali gre za načrtno samodestrukcijo. Se zna zgodit, da jim je skoraj lažje nekaj si naredit, kot pa se v nekem trenutku odpovedat drogi. Je pretežno.» (CSDSD 12).* Ko so matere v sistemu pomoči prepoznane kot neustrezne matere, se znajdejo v hudih življenjskih stiskah (*»Včasih je instinkt biti z otrokom močan. Ena mama se je skrivala, teden dni smo jo iskali, ker je vedela, da ne zmore, da je prehudo z otrokom, in smo jo iskali en teden. Skrivala se je, ni se dalo do nje priti. Na nek način si instinktivno želijo, je pa to nevarno njihovo početje, ker nikoli ne veš, ker je to zelo ranljiva skupina.» (CSDSD 13).* Vendar kot ugotavlja strokovna delavka, ne gre za to, da jim otroci ne bi bili pomembni, ampak je sama odvisnost močnejša od tega, da bi lahko dale v nekem trenutku prednost otroku (*»Bom rekla, da je zasvojenost tako huda, da tudi materinstvo povozi, kakor kje, je lahko varovalni in dejavnik tveganja. Jaz mislim, da nekje globoko v teh mamicah je, da si želijo spremenit, ampak zasvojenost je tako močna, da povozi tudi to željo in da pride v nekem trenutku do take krize, da je pripravljena vse predat, ker ne zmore in reče, dam ga v rejništvo, tam mu bo boljše, jaz tako ali tako nisem zanič.» (VPSD 3).*

Če je ustrezno materinstvo povezano s popolno abstinenco, potem si lahko postavimo vprašanje, ali mati v očeh strokovnih delavcev sploh lahko kdaj ustreza podobi »ustreznega starša«, saj je v medicinskem diskurzu odvisnost od prepovedanih drog predstavljena kot kronična bolezen, ki je ni mogoče pozdraviti in pri kateri se recidiv po vzpostavljeni abstinenci lahko ponovi kadarkoli. Torej si je mati kot uživalca drog dovolila prestopiti meje »ustreznega materinstva«, kar pomeni, da je status »neustreznega materinstva« nepovraten (*»Poznam pa samo eno v vsej delovni dobi 20-letni, da je samo ena vzpostavila abstinenco na dolgi rok. Imamo pa 84 otrok, samo ena.» (NPSD 19).* Tudi Krane in Davis (2000) ugotavljata, da recidiv vodi v dodatno obsojanje pri strokovnih delavcih in zavleče postopek vrnitve otrok (*»Po eni strani ima ga rada, bi vse za tega otroka naredila, ampak veš, drugega ni. Niti ne znajo skrbet za njega, če ona ne uredi vzrokov zakaj se je začela drogirat,*

avtomatsko ne more biti dobra mama. Tudi na MTD je še vedno lahko v nekem segmentu topla ljubeča, ampak razmejitve, meje, te ima porušene.» (NPP 4).

Tudi odvzem otroka lahko pripelje do bolj aktivnega uživanja drog, kar je lahko v očeh strokovnih delavcev še en dokaz, da je materam bolj pomembna droga in da to ni odgovor na njihovo duševno stisko zaradi izgube otroka (*»Potem je odvisno, ali gredo levo ali desno, ene gredo potem v totalno. Ali se zapijejo ali se drogirajo. Za otroke smo poskrbele, zdaj pa dajmo ga.» (CSDSD 16).*

11.3 Problematični diskurz o »razbitju družine«

Kot ugotavljajo nekatere strokovne delavke, večina staršev želi narediti vse najboljše za otroke, zato je treba narediti vse, da družina ostane skupaj. Po drugi strani so nekatere intervjuvane strokovne delavke zagovarjale odvzem otrok kot bolj ustrezno rešitev za družino (*»da zgodnji odvzem otroka bi bila najbolj ugodna varianta. Jaz mislim, da je največji problem, da centri in ostale institucije zavlačujejo.» (VPP 6).* Po mnenju Cleavera, Unella in Aldgata (2011) prav odklonilen odnos do mater pripelje do tega, da se strokovne službe avtoritativno odločajo za ukrepe v družini, ker njihov cilj ni, da bi se družina ohranila, saj naj bi to pomenilo večjo škodo za mater in otroka (*»Zdaj pa, da to, da ni sposobna, dajmo zdaj več, pa bolj pomagat, pa preveč reševati, preveč podpret, mogoče je lahko tudi to problem. Za vsako ceno vse narediti zato, da bo ta družina skupi ostale.» (VPP 8).* Mojca Urek (2005) pri tem opozarja, da so strokovni delavci, ki se srečujejo z družinami s hudimi problematikami, velikokrat izpostavljeni medijem in drugim strokovnim službam, zato želijo sebi in drugim dokazati, da so ravnali prav, zato uporabnice pogosto prikazujejo kot neodgovorne, manipulativne, slabe klientke, s tem pa se odvrta pozornost od neprofesionalne vpletenosti. Nekateri strokovnjaki opozarjajo tudi, da se je sistem socialnega varstva usmeril predvsem v zaščito otroka, namesto v družinsko podporo, pri kateri so v ospredju viri moči družine (Nager in Prinz, 2015). Tako kot matere tudi intervjuvane strokovne delavke prepoznavajo, da se uporabnice izogibajo CSD in ne iščejo pomoči v zvezi z materinstvom zaradi večje nevarnosti preverjanja oziroma grožnje pred odvzemanjem otrok. S tem pa se potrjuje neučinkovitost take strokovne pomoči (*»Imajo neke odpore in strahove pred CSD. Tudi je vedno v ozadju, odvzeli mi bodo otroka, če se bom pri njih obrnila po pomoč. Tako, da v bistvu denarna pomoč uveljavljajo, vse ostalo pa smo mi tisti, ki vstopamo v kontakt z njimi. In ne obratno.» (CSDSD 11).*

Intervjuvane strokovne delavke v svoji praksi prepoznavajo trud, da želijo matere s svojimi viri moči in veščinami poskrbeti za otroke ter sebi in drugim dokazati, da so kljub uživanju drog »dobre matere« (*»Velik, velik problemov imajo, želijo pa si, večina jih ima željo, da bi se res potrudile, da bi naredile vse za otroka. Pa obljublajo da bodo, pol pa se na terenu izkaže, kako to zmorejo.«*) (CSDSD 10). Prepoznavajo, da so velikokrat ambivalentne v vlogi matere in ves čas preverjajo svojo ustreznost (*»Vedno spraševanje, ali delam prav ali narobe, sem dobra ali slaba. Na podpornem področju jo je potrebno podpirat, kaj dela prav.«*) (CSDSD 17). Tudi navzven želijo pokazati, da jim je otrok pomemben in da zmorejo poskrbeti zanj (*»To se je takoj videlo, pa smo ji prinesli kake torbico za šolo, ji ni bila všeč, je hotela neko drugo. Pa je na socialni pomoči, pa je novo torbo kupila, da si ne bodo mislili, da jaz ne morem privoščiti otroku. Bolj so brez denarja, bolj imajo to potrebo, da morajo otroku vse nuditi. Ker želijo pokazat drugim, da je zmožna.«*) (NPSD 14).

Ker želijo biti drugačne od svojih staršev, gredo pogosto v nasprotni model vzgoje, kar strokovne delavke prepoznavajo kot tvegano ravnanje (*»Dejavnik tveganja je, da gredo v nasprotni model, da mislijo, da kar je bilo za njih slabo, samo obrnejo in potem, ali so preveč striktne ali pa preveč ljubeče, dopuščajočee, da mogoče bi jih tukaj bilo potrebno izobraziti, da bi bila tukaj ena zlata sredina o vzgoji.«*)(VPP 2)/(*»O tem nimajo pojma, to je najhujše. Nočejo biti take kot starši, ne vedo, kako je najbolj prav, in gredo v nasprotje. Kar pa tudi ni v redu. Sam da ne bo tak kot jaz.«*) (VPSD 1). Po eni strani iščejo informacije in pomoč, po drugi strani pa jo težko sprejemajo, ker se želijo izogniti preverjanju in ocenjevanju (*»Se pogovarjamo, kdaj tudi o tem, kako otroke vzgajati, pa tudi to se mi zdi, da so bolj hitro, kot ljudje, ki nimajo težav z odvisnostjo, ali pa kakšnih drugih takih težav, hitreje pridejo v obrambo. V bistvu, če bi že malo šlo na kritiko ali pa tako, da se pogovarjamo o tem, da bi lahko kaj spremenili pri vzgoji, hitro obrambna pozicija pa pol, ja, ja, saj v bistvu je vse v redu, saj to že delam, tako v tem smislu.«*) (VPP 6).

V intervjujih je bila večkrat izpostavljena strokovna dilema, ali je bolje razbiti družino ali je bolje, da družina ostane skupaj. Kot opozarja Skyes (2011), je odvzem otroka za matere izredno stresen dogodek, saj lahko izgubijo življenjski smisel, kar uničujoče vpliva na njihovo življenje (*»Če so otroci v rejništvu, se mama tudi srečuje s slabo samopodobo, nisem dobra mama, pa že mi rečemo, da ste dobra mama, da ste dala otroka na varno, je že to super. Pa z okolice dobijo sporočila, si slaba mama, otroke so ti vzeli, pogledj, kakšna si. Ta občutek nevrednosti se dosti usidra.«*) (CSDSD 17). Strokovne delavke se zavedajo, da je odvzem izjemno stresen tudi za otroka, saj je izključen iz domačega okolja (družine, šole, vrstnikov)

(»Če je dojenček, če je čist majhen, starejše ne, da gredo zraven starša. Če je neka opcija, da ostane otrok s starimi starši, da to ni čist kompletna reja, mogoče otrok že z nekom ima nek odnos. Pa seveda če so stari starši pripravljene in imajo te možnosti. Če pa ne, boljše, da so s starši. Reja ne, ker se mi zdi, da starejši ko je otrok, to bolj doživlja kot neko stresno situacijo, ker se mi zdi, da ima nek odnos s starši in mora iti v čist novo okolje. Ne vem, to govorim čist po občutku zdaj govorim, da ne doživi to kot zavrnitev.«) (VPSD 1). Po nekaterih raziskavah naj bi imeli otroci, nameščeni v rejništvo, več čustvenih in zdravstvenih težav, več vedenjskih težav, slabši učni uspeh ter višjo stopnjo delikventnosti v primerjavi z otroki, ki niso bili nameščeni v rejništvo (Kalland in Sinkkonen, 2001).

Kot ugotavlja Kullar (2009), ob odvzemu otroka matere od institucij dobijo zelo malo podpore. Izkušnja ločenosti od otroka je globoko povezana s procesi stigmatizacije, kajti odvzem pomeni osebni propad, kar privede do povečanja krivde in izolacije žensk. Največkrat je pomoč, ki jo ponudijo institucije v času rejništva, povezana z nadzorovanimi obiski ali obiski na domu pri rejnikih ali skrbnikih, kar poveča čustveno stisko in je pogosto travmatično za otroka in mater. Pri tem je ena od strokovnih delavk opozorila, da strokovni delavci velikokrat omejujejo ali preprečujejo stike z otrokom in na neki način želijo doseči, da se bi mati od otroka oddaljila (*»Jaz se strinjam, kaj je verjetno v nekem trenutku boljše, ne strinjam pa se s tem, da ni stika, ne glede na to kakšen starš je. Jaz mislim, da če imaš nek stik, ki ga imaš lahko pod nadzorom, ker recimo tukaj v skupnosti, da bi otroku dovolili, da bi bil otrok tukaj, ker smo tukaj strokovni delavci, znamo s tem delati. Pa onemogočajo, enkrat na mesec dve uri stika. To je bedarija. Potem je rajši, da ga ni.«*)(VPP 18). Strokovne službe matere večkrat obsojajo, ker se po njihovem mnenju neustrezno vedejo do rejnikov, ki so prevzeli njihovo vlogo (*»Ta latentna jeza na rejnike je stalno prisotna in so zelo občutljive na kakršna koli odstopanja ali opažanja pri stiku z otrokom. Pogosto navajajo, da ni ustrezno oblečen, da ni ustrezno hranjen, da nima ustrezne pozornosti, da sumi, da ga pretepajo. Nič ni preverjeno, njena percepcija tega, kako rejniki izvajajo rejništvo, je izkrivljena. Se tud enega primera spomnim, takoj po porodu je dala otroka v rejništvo in med detoksikacijo smo imel timski sestanek, kjer je rejnica prinesla fantka in ta pacientka, niti prijet ga ni hotela. Edino, kar je rekla, je, pogledjte kako ste ga zredili kot prašiča.«*) (VPSD 7).

Pogosto jim strokovne službe dajejo dvojna sporočila, saj materam rejništvo velikokrat predstavijo kot začasen ukrep, čeprav že izhajajo iz prepričanja, da obstaja minimalna možnost, da bi otroka dobile nazaj (*»To sem zdaj že spoznala, da si je potrebno vzeti nekaj let. Ker potem slej ko prej jim ta pozornost popusti, ne zdržijo na dolgi rok. Drugi pokazatelj je*

to, da jih naročim, naložim jim različne oblike svetovanja, da se morajo vključiti v zdravljenje odvisnosti. Potem, da morajo poskrbet za otroka, uredit zdravstveno zavarovanje. Izkaže se, da na začetku to še zmorejo, na dolgi rok pa sigurno ne. Ne zmorejo vse obveznosti.«)(CSDSD 10)/(»Imamo izkušnjo, da otroci večino ostajajo v rejništvu. Ker vemo, da je rejništvo kratkotrajno, ampak pogojev ni, da bi otroci prišli nazaj.«) (CSDSD 12). Hkrati pa si tukaj postavljamo vprašanje, koliko časa (pogosto let) je treba dokazovati, da je mati izpolnila vse zahteve, in kako to vpliva na odnos med materjo in otrokom. Kot pravi Urek (2005), gre za nejasne formulacije strokovnih služb, v katerih se skriva nevidna moralna koda in nedoločnost pogojev, ki jih postavijo strokovni delavci, kjer si dovoljujejo špekulacije in kjer obravnava postane vse manj povezana s konkretnimi dogodki in rešitvami, pač pa se osredotoča na moralno sporno osebnost uporabnice drog. V svojih ukrepih materi naložijo zahtevne naloge, ki jih te s svojimi veščinami ne zmorejo doseči (»Če damo v rejništvo otroka, damo v odločbo te zadolžitve ali pogoje, pod katerimi se bo otrok vrnil. Odpraviti odvisnost, urediti stanovanje, primerno stanovanje, najti si službo, primerni pogoji življenjski, potem če ugotovimo, da je partnerstvo obremenilno. In če hočeta bit skupaj, jih napotimo na partnersko svetovanje, če ugotovimo, da partnerja ne bo, jo napotimo na osebno svetovanje, če ima še kakšne druge težave, jih še na psihoterapijo pošljemo, ko ona vse to izpolni, ni razloga, da otrok ne bi prišel nazaj.«)/(»Jaz jim tudi povem, lahko boste dobila takoj otroka, lahko pa po nekaj letih, jaz jim kar vračam žogice, od vas odvisno.«) (CSDSD 13).

Tudi če matere naredijo vse zahtevane spremembe, se pri strokovnih delavcih pojavi ponoven dvom, ali je otrok sploh še navezan na mater ali pa bi bila vrnitev v matično družino zanj stresna izkušnja. Strokovna delavka, ki dela na področju socialnega varstva, je izjavila, da morajo biti tukaj spet previdni, kajti otrok svojega starša ne pozna več oziroma ga pozna kot uživalca (»Če dolgo ni bilo stikov z otrokom in otroci imajo v svoji glavi sliko odvisnika, nekoga, ki je bil čuden po njihovih merilih in zdaj, če se je starš, ki se je uredil, mora doživeti drugačne izkušnje s staršem, drugega starša uskladiščit v glavi.«) (CSDSD 10).

Če imajo matere stike z otroki, strokovne službe znova izražajo dilemo in negotovost glede tega, koliko stikov naj omogočajo staršem, saj naj bi otrok potreboval določeno obdobje prilagajanja, da se privadi na novo okolje in rejnike. Ena od strokovnih delavk je mnenja, da bi prepogosti stiki otroka lahko zmedli (»Veš, da nisi nikjer doma. Tam imaš starše in tam rejnike. Otrok rabi občutke pripadnosti. V tujini obstajajo odprte posvojitve. Sama pri sebi ne vem, kaj je boljše, čist odrezat stike in jih potem kot odrasel iščeš, ne veš, kam spadaš, skoz ja

ta pripadnost, ne vem, kaj je bolj prav. Jaz razumem mamo, da ji vzameš otroka in da rečeš, da ga ne sme nikoli več videt. Se mi zdi pa v redu, da se ve, kam otrok spada, da ne more nekdo ves čas vpletat, pa se vmes pritoževat čez tvoje odločitve, si lahko pod stalnim pritiskom kot rejnik.» (VPP 8).

Tudi recidiv prinaša dodaten dvom glede tega, kdaj je pravi čas, da se otrok vrne v družino (*»Se spomnim, da je en CSD po pol leta abstinence vrnil otroka nazaj. Potem se je mamica že sem preselila, je padla nazaj v recidiv in smo mi mogli rejništvo urejat. Je zelo pomembno tudi to, koliko časa traja abstinenca, ker sami vemo, da je odvisnost dolgotrajna in kronična bolezen. Recidivi so pogosti in moramo kar neki časa in nekaj recidivov tudi preživet, da mi mamici lahko zaupamo.»*).(CSDSD 12) Če matere ne sprejmejo pogojev, ki jih od njih zahtevajo strokovne službe, so velikokrat predstavljene kot uporniške in kot matere, ki niso pripravljene nič storiti, da bi skrbniško vlogo obdržale in preprečile odvzem otroka (Kullar 2009). (*»Mamice bodo sigurno rekle, da je to motivacija ampak jo jaz vedno ne doživljam kot neko motivacijo, ker če bi bila motivacija bi se ona že prej sama odločala za zdravljenje, pa se ni. Se pa zavedajo, pa se želijo spremenit, pa svojemu otroku neki dat, to pa sigurno.»*)(CSDSD 12).

Intervjuvanke so bile v večini enotnega mnenja, da skrbništvo starih staršev ni vedno ustrezna rešitev, čeprav je to najbolj pogosta praksa, tudi zato, ker primanjkuje ustreznih rejnikov, ker so stari starši pripravljene sprejeti to vlogo in ker otrok ostaja v znanem okolju (*»Meni se ne zdi dobro, da otroci ne ostanejo pri starih starših, ker se zgodba samo ponovi, čeprav na CSD tako rešijo, ker se stari starši pač ponujajo, ker je njihova hči ali sin je na okrog oni skrbijo doma za otroke in se jim zdi, da je nekako poskrbljeno, pa ni, samo navidezno.»*)(VPP 2)/(*»Tukaj malo pogledamo, koliko se stari starši že prej za otroka poskrbeli, koliko se otrok počuti tam doma, koliko bi otroku večjo škodo naredili, če bi ga dali kam drugam, in predvsem odnos mama stari starši, ker če tukaj ni nobenega odnosa, potem če damo starim staršem, ne zmore otrok peljat stike z mamo.»*)(CSDSD 16).

Skrbništvo ali rejništvo starih staršev je slabša izbira za otroka in mater iz naslednjih razlogov:

- **prevelika čustvena vpletenost** (jeza na hčerko, strah, ali bodo zmogli skrbeti za otroka, in podobno), strah pred agresivnim očetom vnuka (alkohol, nasilje, zlorabe);
- **transgeneracijski vzorci** (*»Zavozil si lastno hči, zdaj pa boš vzgajala.»*)(VPSD 1);

- **prevzemanje materinske vloge** (»Stari starši prevzamejo vlogo staršev, gledajo jih kot otroke. Vnuk ni vnuk, ampak je nov otrok, in včasih starim staršem rečem, da je zdaj obdobje, ko bi morali uživati s svojim vnukom in svojega sina in hčer pustiti, da gre svojo samostojno pot, čeprav se z njo ne strinjate, ampak niste več tukaj, da boste vzgajali svojo odraslo hčer ali sina, ampak da uživata z vnuki.«) (VPSD 5);
- **popravljanje lastnih vzgojnih napak** (»Jaz mislim, da je problem tudi v tem, pri otroku mi ni uspelo, bom pa pri tem popravil.«) (VPSD 22);
- **otrok kot sredstvo za zdravljenje, spremembo** (»Otrok postane instrument in stari starši želijo izkoristiti in pritiskajo tudi na institucije, bodisi centre bodisi policijo, da nekaj naredijo. Ko rečeš, v redu, bomo otroka umaknili, rečejo, otrok je v redu, samo nekaj naredite, da bo ona se šla zdraviti, prenehala z drogo. Dajte, da se bo spremenila in šla zdraviti. Velikokrat je ta manipulativni način starih staršev razumljiv, ker oni v tem vidijo priložnost, ki jo potem ni.«) (CSDSD 12).

Skozi intervjuje je bilo prepoznati dvojna merila glede rejništva starih staršev, saj če se za to odločijo strokovne službe, je to prava izbira, če pa se za to odločijo matere, pa napačna (»Otroke dajo v varstvo starim staršem, ne da bi pomislile na to, v kakšnem okolju so one odraščale in kaj so dobile za popotnico. Brez težav in pomislekov dajo otroke.«) (CSDSD 16).

11.4 Učenje starševskih veščin in podporni programi

Nekatere respondentke menijo, da matere prav z rejništvom oziroma skrbništvom lahko izgubijo stik z otrokom in priložnost, da bi se naučile starševskih veščin skupaj z njim (»Ne da se da otroke starim staršem, ker mati se ne more potem učiti, kako delati z otrokom, ne more dobivati teh izkušenj, če pa bi bili skupaj v komuni in bi se skupaj učili, bi bilo veliko lažje.«) (VPP 18). Zato nekatere vidijo prednost skupne obravnave predvsem pri mlajših otrocih, saj takrat ti še niso tako intenzivno vključeni v socialno okolje, poleg tega bi se bilo z zgodnejšo obravnavo mogoče izogniti negativnim posledicam (odvzem, težave pri vzgoji) (»Veš, meni se zdi dobro, da so otroci z materami v programih in da so otroci del celotnega življenja, ki poteka. Otrok je enako pomemben del skupine ali družine in moja ideja je, da otrok izkusi skupno življenje. Zdravo skupno življenje, to pomeni, da običajna rutina od zajtrka do igranja, vstajanja, zajtrka, sodelovanje pri kosilu, biti zraven, da živi čim bolj normalno družinsko življenje, Čeprav to ni družina, ampak je skupina, to se mi zdi za začetek bistveno.«) (VPSD 5).

Pomemben del obravnave bi po mnenju strokovnih delavk moralo biti tudi učenje starševskih večšin, ki se je tudi v raziskavah izkazalo kot zelo učinkovita intervencija (Niccols in drugi, 2015). *(»Če ima dober odnos, če spregovori o stiski, lahko velik odnese in potem tudi velik spodbujaš, ne vem, da narediš poletne tabore. Največji problem je, da delajo šole za starše. Tja pridejo tisti, ki jim ni treba. Oni so tako naredili, da so starši tam posebej povabili, da so bili samo starši problematičnih otrok in so bili tam samo ti starši in so bolj prišli. Niso jim dali tega občutka, zdaj vas bomo neki naučili, znali so jim nekak dati en drug pristop, da so lažje prišli tja, da se niso počutili stigmatizirane. Ker seveda, če je otrok problematičen, mama ne bo šla na sestanek, jo vsi gledajo.) (VPP 8)/(»Manjka šola za starše tudi za tiste, ki so stabilne na MTD. Ker imajo nekatere pridruženo duševno motnjo in potem ostanejo celo življenje na substituciji in normalno funkcionirajo. Brez veze, da bi mogli bit vsi čisti. Prav posebej za njih, zdaj je nekaj mamic, ki bi ti potrebovale, ki bi si izmenjale izkušnje.«) (NPSD 14).*

Ena od strokovnih delavk pa meni, da matere ne bi potrebovale posebnih programov, ki bi bili specializirani za odvisnost od prepovedanih drog, saj bi jih ravno s tem spet izključevali in kategorizirali, zato predlaga splošne pristope, dostopne tudi drugim materam in ženskam *(»V slovenskem prostoru mislim, da za delo z njimi moraš imeti nekaj izkušenj. Ženske znamo bit kar zahtevne uporabnice sistema pomoči, kar je prvo, ker se mi zdi, da se ženske ne zadovoljijo kar tako s pomočjo, da hočejo več in so v tem smislu tudi večji izziv. Manjka, izobraževanj se mi zdi, da je dovolj, jaz ne bi šla v to smer, da bi bilo izobraževanj strogo za matere, ki so odvisnice, ker jih potem spet umestiš v neko posebno kategorijo. Se mi zdi, da je tudi delo z njimi skupek vseh mogočih znanj, da lahko delaš z njimi.«) (VPSD 5).* Strokovnjaki poudarjajo, da je zelo pomembna tudi obravnava po zdravljenju, saj matere še naprej potrebujejo podporo v domačem okolju, kjer se morajo soočiti z lastno zgodovino uporabe drog in drugimi travmami (Hasenback, 2005).

Programi bi morali biti na voljo v različnih krajih po državi, saj se matere velikokrat za vključitev vanje ne odločijo zaradi težav s prevozom, izključitve otrok iz socialnega okolja, denarnih težav, oddaljenosti. Varovalni dejavnik bi bil lahko po mnenju strokovnih delavk program, ki ne bi imel nadzorovalne funkcije *(»Zelo v redu je bilo, ko smo imeli Zavod Tamala, da bi še neko tako društvo bilo, organizacija, poleg centrov, da bi imeli bolj podporno vlogo, brez nadzora. Ker centre dejansko centre smatrajo in tudi bolj delujejo v smislu nadzora. Napovedani, nenapovedani obiski. Ženska pa rabi tudi tovrstno podporo, ki*

jo ne more dobiti od neke take organizacije. To se mi zdi zelo pomanjkljivo, pa ne samo matere odvisnice, to bi tudi marsikatera druga potrebovala» (CSDSD 13).

Potrebni bi bili tudi programi, v katerih bi bilo zagotovljeno dnevno varstvo otroka (*»Veste, kaj bi bilo dobro, sploh za te mame, ko so na MTD, ker ti nisi vsak dan enako močen, nimaš dobrega dneva, ampak že to, da je nekdo, ki lahko vedno vskoči pri skrbi za otroka.«*), prilagojeno potrebam te skupine (manj strukture, brez urnika, na voljo ves čas) (*»po drugi strani pa pride mama sem, ker otroka nima kam dat. Se umakne z ulice z njim. Da bi bil dostopen vsem tem družinam in jim v trenutku ponudil stvari, dosti spontano. Ne imet nekih trdih pravil, ker ti ljudje so različno ulovljivi, in se čim bolj prilagajat temu, da bi bilo vse skupaj čim bolj funkcionalno.«*) (NPSD 19), oziroma dnevni centri za matere (*»Jaz bi imela eno tako hišo, pa ne tako kot to počnemo. Prav od začetka da bi bilo, da bi dnevno hodile, pa bi hodile domov spat, da bi imele nekaj na začetku, da bi se jačale pri vzgoji in se bi lahko tudi umaknile iz tega okolja.«*) (CSDSD 17).

11.5 Strokovne službe na različnih bregovih

Kakšen bo izid za družino, mater in njenega otroka in ali bodo dobili dovolj ustrezne pomoči, je odvisno tudi od (ne)sodelovanja med različnimi institucijami in njihovega usklajenega delovanja. Skozi intervjuje ugotavljamo, da so med različnimi programi pomoči razlike že v dojemanju potreb uporabnic, v ciljih, metodah dela in pristopih, in sicer med programi, v katere so vključene samo matere, na eni strani in na drugi strani programi pomoči, ki delajo v korist družine kot celote, predvsem pa v korist otroka (CSD). Posledica tega je nesodelovanje med institucijami, ki si prizadevajo za isti cilj.

Nesodelovanje med institucijami

Po mnenju strokovnih delavk prav nezaupanje in slabši pretok informacij vplivata na slabše delovanje sistema v okviru pomoči družini (*»To je v bistvu rak rana nesodelovanja institucij, tudi tukaj varne hiše, materinski domovi, zdravstveni domovi pa socialna, to ne funkcionira.«*) (CSDSD 11). Na slabši pretok informacij vplivajo naslednji dejavniki:

- **strah pred izpostavljanjem:** izpostavljenost pred družino, stroko, mediji in posledično neprevzemanje odgovornosti lahko ovira strokovne delavce pred tem, da bi posredovali informacije v zvezi s problematiko v družini (*»Tu gre za sprenevedanje, ker se nihče*

noče izpostaviti, ker točno vedo tudi strokovni delavci, da če se bodo poimensko izpostavljali in konkretno navedejo neustrezna vedenja, bo lahko prišel ali v medije, ali se mu bo kdo maščeval. To se mi zdi, da so najbolj ranljiva področja. Dejansko nas pa zakon ne štiti in smo izpostavljeni, tako, da je pričakovano, da si žrtev maščevanja.«) (VPSD 7);

- **nezaupanje med strokovnimi službami:** (»Morali bi si toliko zaupati, da je to potrebno za otroke, ki odraščajo v teh družinah, poskrbeti in jih zavarovati in da delamo v korist družine. Morali bi si zaupati, da smo strokovni in ne delamo škode družini, ampak da vsi skupaj delamo v korist in smo pri tem enotni.«) (CSDSD 16);
- **hierarhija v sistemu strokovnih služb:** sodelovanju naj bi se izogibali predvsem zdravstveni delavci, zdravniki (»Zdravniki se zelo redko udeležujejo timskih sestankov, ki jih sklicujejo CSD, in se izogibajo, tudi ne dajejo konkretnih podatkov in konkretnih poročil.«) (CSDSD 17);
- **razlike v pristopih in metodah dela:** programi pomoči delujejo po različnih pristopih in metodah dela (»Bolj pa bi bilo pomembno, da bi mi usklajeno medsebojno delovali. Vsak od vladnih in nevladnih zadev deluje dobro, tudi nevladni programi, malo pa manjka to, da bi mi povezano delovali v timu in da bi vsak en delček prispeval v tej zgodbi, ker bi bili potem uspešnejši.«) (CSDSD 11);
- **pomanjkljivo znanje:** prav nepoznavanje specifičnosti posameznih področij dela in posebnosti družine lahko prispeva k temu, da strokovne službe z družino težje sodelujejo (»Prav tako tudi osebje ni usposobljeno za prepoznavanje tovrstnih specifik, pri teh otrocih in materah.«) (VPP 6);
- **sistemske ovire:** znotraj sistema pomoči so to: varovanje osebnih podatkov, sledenje uporabnikom znotraj različnih institucij, različne zakonske podlage, »predalčkanje« informacij itd. (»Da bi bil veliko boljši pretok informacij. Pa to, kar se tudi pri nas izkaže, da pacienti krožijo in že znotraj psihiatrične klinike ni pretoka informacij. Pa gre za isto institucijo. Jaz osebno si ne znam predstavljati, kako to narediti, glede tega varovanja podatkov pa vsega. Zdaj pa dejansko ima vsak svoje informacije, delček CSD poskušajo to koordinirati.«) (VPP 8);
- **nesoglasja in različna stališča znotraj multidisciplinarnih timov:** strokovni delavci imajo tudi različna stališča glede zdravljenja, abstinence, kdo lahko ustrezno poskrbi za otroka, ali tista mati, ki je na nadomestni vzdrževalni terapiji, ali samo tista, ki je vzpostavila popolno abstinenco (»Vsaj dve leti abstinence, ne na MTD, glej zame je MTD

MTD in zame je rizično okolje, rizična situacija in substitucija je substitucija. To je tako, kot bi alkoholiku, ki gre iz zdravljenja alkoholizma, predpisal lahko laško pivo.» (CSDSD 17);

- **izguba uporabnice v procesu pomoči:** strokovni delavci se večkrat soočajo tudi z dvomom, ali bi uporabnica nadaljevala obravnavo, če bi vedela, da organizacije, kot so CPZOPD ali nevladne organizacije, obveščajo pristojni CSD o njenem uživanju drog, kar bi lahko povzročilo še večjo škodo (kupovanje droge na črnem trgu, več rizičnih vedenj) (*»Če bi vedela, bi mogoče nehala hodit ali pa če bi iz Metelkove nas obvestili. Kaj je zdaj boljše, da ne povzročiš še večje škode, kako mater zadržat v sistemu, da se ne izključi, ker to pa se nam zdi tudi pomembno, da se obračajo na nas.«*)(VPSD 21);
- **prehajanje med različnimi institucijami:** mati z družino lahko prehaja iz ene institucije v drugo, se ves čas seli, menja pristojni CSD in prenaša pristojnosti na drug CSD, kar pomeni, da se določene informacije o družini izgubijo (*»Mogoče med nami imamo ljudi, ki pa samo krožijo. Premalo sodelovanja je med nevladnimi organizacijami. Saj vsi isto delamo, pa se poznamo, ampak se včasih ne izide.«*) (NPSD 15);
- **osebnost strokovnega delavca:** v postopku obravnave ima pomembno vlogo tudi sam strokovni delavec, koliko se je pripravljen aktivirati glede posameznega primera, koliko ima znanja in izkušenj (*»Kakšen bo pretok informacij in kakšno bo sodelovanje, je odvisno od strokovnih delavcev, odvisno od človeka, ne od stroke, ne od doktrine, ampak odvisno od človeka.«*) (VPSD 1).

Strokovni delavci, predvsem tisti, ki so zaposleni na centrih za socialno delo in so pristojni za varovanje pravic in koristi otroka, se večkrat soočajo s problemi, povezanimi z varovanjem osebnih podatkov. To je težava največkrat takrat, ko CSD sproži postopek (po javnem pooblastilu) preverjanja ogroženosti otroka v družini oziroma kadar je prisoten sum zanemarjanj. V tem primeru strokovni delavci CSD večkrat naletijo na slabše sodelovanje in neposredovanje informacij in podatkov o družini, ki bi pripomogli k boljšemu vpogledu v problematiko ter k boljši zaščiti in varstvu otroka in družine. Na drugi strani se med strokovnimi delavci v zdravstvu in nevladnih organizacijah, v katere so vključene matere, zaradi etičnih kodeksov o varovanju osebnih podatkov pojavi dilema, kdaj prelomiti kodeks in pristojnemu organu posredovati pridobljene informacije (*»Če pa gre prav v psihiatrično oskrbo kakšna mamica, nič ne zveš. Ne dobiš mnenja, se sprenevedajo, ne moremo mi odločat, po eni strani je to res, po drugi strani naj bi bili strokovnjaki, ki bi znali presodit. Tukaj se izognejo tristo na uro.«*) (CSDSD 10).

Prav neizmenjava informacij in nesodelovanje pripelje do tega, da se CSD v družino vključi šele takrat, ko pride do kriznih situacij oziroma ko je treba izvesti drastične ukrepe (*»V šoli in vrtcu ne spremljajo otrok in ne vejo, da imajo mame težave z odvisnostjo, Potrebujejo veliko časa, da kaj opazijo in oziroma prijavijo težave, zato se večkrat zgodi, da pride prijava na CSD prepozno. Prepoznajo šele, ko je otrok star 7, 8, 9 let. Ponavadi, ko se pojavijo učne težave ali večji izostanki iz šole, takrat pa je toliko težje otroke namestit nekam drugam, saj to doživljajo kot izgubo, ker nikamor ne pripada, niti v matično družino niti k rejnikom.«*) (CSDSD 18). Intervjuvanke iz CSD predlagajo, da bi imeli možnost vključitve v družino čim prej, kar bi pripomoglo k temu, da bi jih uporabnice drugače sprejemale, saj bi bila družina ves čas vključena v sistem pomoči.

Tveganje, ki ga prepoznavajo strokovne delavke v sistemu pomoči, so tudi predolgi postopki pomoči v družini. Tako je ena od strokovnih delavk v nizkopražnem programu opozorila, da so strokovne službe prepočasi reagirale, ko se je ena od družin čez noč znašla na cesti (*»Decembra je bil en par, oba odvisnika, je bil sin star dve leti. In so lani izgubili stanovanje in je trajalo kar dva meseca, so bili na ulici. In smo potem mi dajali prijavo na CSD, december, januar in je bilo zanimivo, kako so počasi ukrepale socialne službe. Precej časa so rabili, da so ukrepali.«*) (NPSD 15).

Skozi intervjuje ugotavljamo, da so znotraj institucij prisotni različni pogledi, kdaj dati prednost materi in kdaj dati prednost otroku, premalokrat pa se sprašujejo, kako pomagati družini, da bi ostala skupaj (*»Jaz opažam, da institucija in nevladne organizacije, ki delajo z mamo, dajo mamo na prvo mesto. Koristno je za mamo, da ima otroka ob sebi, ne glede na to kako ona kot mama slabo funkcionira in kaj so koristi otroka, da živi s to mamo. Tukaj imamo mi malo različne poglede, ker smo mi kot CSD imamo vlogo le poskrbet za koristi otroke in za zaščito otroka, kadar starši ne poskrbijo v redu za otroka.«*) (VPP 18). Tudi Kullar (2009) opozarja, da je med sistemi pomoči premalo sodelovanja. Izkušnje mater uporabnic drog kažejo, da ti delujejo vsak v svoji smeri, tako nekateri nasveti prihajajo s strani obravnave odvisnosti, drugi s strani sistema socialnega varstva, med seboj pa so si pogosto nasprotujoči, in tako so matere tiste, ki so ujete med institucijami. Iz strokovnih služb, ki delajo na področju drog, je pogosto slišati očitek, da socialni delavci ne prepoznavajo truda in prizadevanja mater ter da sprejemajo zelo samovoljne odločitve, medtem ko jim ti večkrat očitajo nesodelovanje.

Prelaganje odgovornosti

»Vrtičkanje« in prelaganje odgovornosti je pogost problem v postopku pomoči, saj se zaradi tega s pomočjo odlaša, ker ni jasnih smernic in stališč, za kaj je kdo odgovoren. V intervjujih je bilo opozorjeno, da udeleženi v problemu in načrtu pomoči ne prevzamejo polne odgovornosti, opravijo le tisti del nalog, ki zadosti postopku (*»Ampak se malo povrtička, vsak ima svoj košček, jaz sem svoje opravil, ne pogleda se celostno, kaj bi bilo treba.«*). Velikokrat je posamezna strokovna delavka na CSD tista, ki naj bi prevzela polno odgovornost za primer, vse druge službe delujejo polovičarsko, po načelu naredili smo tisto, kar moramo, drugi pa naj sprejmejo končno odločitev. Strokovne delavke so opozorile, da velikokrat timi ne delujejo po načelih multidisciplinarnosti, ker manjka celostna podpora vseh udeleženi (*»Jaz razumem socialno delavko, če nima zadaj enega zaledja, če nima direktorja, če nima nikogar, ki jo bo podprl, zelo težko prevzame odgovornost.«*) (VPP 8).

Zaradi kompleksnih družinskih situacij se strokovni delavci v praksi pogosto soočajo z občutki nemoči, katerih posledica je jeza na druge strokovne delavce in institucije, ki ne znajo oziroma niso ustrezno odreagirali na hujše oblike ogrožanja in zanemarjanja otroka (*»Jaz mislim, da je to malo prisotno vrtičkanje med strokovnimi delavci. Predvsem takrat, ko je prisotna nemoč, ker potem pride do veliko neke jeze. Jaz ne morem, ti bi pa lahko. On ni nič naredil, zdaj pa naj jaz popravljam. V tem stilu, da tam kjer stvari kar tečejo, potem gre, če pa se srečamo s to nemočjo, tam kjer se ne da, potem pa to pride do tega.«*), (VPSD 22).

Nager in Prinz (2015) sta mnenja, da sta za dobre izide v družini pomembna dobro sodelovanje med strokovnimi delavci in usklajen načrt pomoči. Pri tem je pomembno upoštevati tudi čas, ki ga potrebujejo matere za okrevanje, saj se od njih velikokrat pričakujejo hitre rešitve in spremembe na vseh področjih življenja, česar pa v realnosti ne zmorejo doseči. Pogosto imajo institucije, ki se vključujejo v načrt pomoči, različna pričakovanja, zahteve do mater (da se hitro detoksicirajo in dosežejo spremembe), zato bi morali večji poudarek nameniti oceni tveganja, ki bi bila usklajena z vsemi udeleženi skupaj z materjo in njeno družino. Problem vključitve in usklajevanja različnih služb je tudi v tem, da vsaka služba izhaja iz različnih filozofij in pristopov dela (Feig, 1998). Sodelovanje med institucijami bi moralo temeljiti na medsebojnem strokovnem zaupanju, da vsi strokovnjaki s področja zdravstva, socialnega varstva in nevladnih organizacij delujejo v korist matere, družine in otroka ter da si eni ali drugi ne delijo odgovornosti, pač pa so v postopku pomoči soodgovorni vsi. Ena od intervjuvanih strokovnih delavk je navedla primer dobre prakse, ko so se kot strokovna organizacija, ki dela s starši uporabniki drog in njihovimi otroki, povezali z vsemi ključnimi akterji oziroma institucijami, v katere so vključevali starše.

Prav z usposabljanjem, izobraževanjem in ozaveščanjem so dosegli boljšo dostopnost različnih virov pomoči in manj stigme in diskriminacije (*»Jaz nisem imela še nobene negativne izkušnje. Tudi v lokalnem okolju smo zelo dobro sprejeti. In nobene stigmatizacije staršev, otrok, to se ne govori. Mi, ko smo se odločili za ta program, seveda smo si s tujino pomagali, kako imajo oni tam. Potem pa smo šli od institucije do institucije, od vrta do ZD in smo se začeli pogovarjati, kaj rabimo mi, kako nam lahko oni pomagajo, in so bili vsepovsod zelo odprti.«*) (VPP 18).

Nadzorna vloga CSD

CSD največkrat vstopa v družino zaradi izvajanja javnih pooblastil (postopek namestitve otrok v rejništvo, postopek preverjanja ustrezne skrbi za otroka) ter z različnimi storitvami, kot so pomoč družini za dom, osebna pomoč. Zaradi dvojne vloge so funkcije CSD večkrat v odnosu z uporabnicami nezdružljive in otežujejo sodelovanje. Isti strokovni delavec ali delavka je lahko namreč pri enem primeru v različnih funkcijah – v vlogi nekoga, ki preverja in nadzira, in v vlogi svetovalca. Strokovne delavke so opozorile, da je v teh primerih težko vzpostaviti zaupanje in sodelovanje z uporabnicami in njihovimi družinami, saj je ves čas prisoten strah in dvom, kdaj se bo neka informacija uporabila v javnem pooblastilu (*»[...] Pa je klicala, pa zakaj bom jaz k njej hodila ali ona rabi to kontrolo. Sem rekla, da nisem v tem smislu kontrole, da naj mi da možnost, da se spoznava, da pridem do nje. Jaz sem tudi centru, ki je bil njen matični center, povedala, da jaz ne bom izvajala kontrole in njim javljala, kaj narobe naredi, tega ženska ne rabi.«*) (CSDSD 10). CSD je nadzorni organ, ki nadzira in preverja ustreznost matere in predstavlja grožnjo za odvzem. Prav zaradi tega matere vstop CSD doživljajo kot potencialno grožnjo, dojemajo ga kot institucijo nadzora, ki ne dela zanje in otroka. Pri tem, zakaj se matere uporabnice drog izogibajo storitvam socialnega varstva, ima po mnenju Klee in drugi (2002) pomembno vlogo preoblikovanje socialnega dela, predvsem na področju varstva otrok, kjer se je koncept skrbi za otroka preimenoval v koncept zaščite otroka. Na to so močno vplivali tragični dogodki, pri katerih so bili otroci pod varstvom socialnih služb oškodovani ali je prišlo celo do smrtnega izida. Takrat se je krivda usmerila na socialne delavce in na njihovo neprofesionalnost, naivnost, neznanje. Od takrat naprej so se socialne službe svoje intervencije bolj intenzivno usmerile v skupine, ki prestopajo družbene meje, med katere spadajo tudi matere uporabnice drog. Uporaba drog v družini se v družbi obravnava kot problematična, zato je v njej treba zaščititi otroke. Čeprav se večina strokovnih delavcev zaveda, da uživanje drog v družini ni nujno povezano z

zanemarjanjem in ogroženostjo otroka, pa so v tem primeru prisiljeni intervenirati, saj to družba od njih pričakuje (Klee in drugi, 2002).

Tudi strokovne delavke so v intervjujih poudarile, da se matere v CSD največkrat vključujejo pod prisilo (*»Mislim, da je največji problem, da imajo CSD problem, da imajo oni pooblastilo, da lahko odvzamejo otroka. In zaradi tega, ker te je strah, da bodo otroka vzeli, ne boš šel tja po pomoč, ker če grem povedat, mi bodo otroka vzeli. Takoj ko nekdo ima v ozadju to možnost, da mu otroka odvzamejo, ne gre tja po pomoč.«*) (NPSD 14) ali pa se skrivajo za socialnimi transferji in želijo ostati nevidne (*»Prihajajo zaradi denarne pomoči, ker je večina prejemnic, druge pomoči ne iščejo.«*). Zato so nekatere od njih predlagale, da bi CSD imel ločeno podporno in nadzorno funkcijo (*»Mogoče bi morali imet ločene, en del je tisti, ki je nadzorni in tisti, ki je pa podporni. To sigurno vpliva tudi na odnos pacientke s centrom.«*) (CSDSD 12). Prav tako je med uporabnicami prisoten strah, da če bodo enkrat prepoznane in označene kot matere uporabnice drog, se nadzor CSD nikoli ne bo končal, temveč bodo v sistemu za vedno prepoznane kot problematične matere (*»... Upravičeno tisti moment, ko bo zapisana nekje kot džankica. Če bo moj otrok padel, pa si razbil koleno, se nič ne zgodi. Če bo džankici otrok padel in si razbil koleno, bodo vsi študirali, ali je bila zadeta, ali ni pazila na otroka, pa gre za isti primer, enak dogodek.«*) (VPSD 22).

Delovni odnos se je v številnih raziskavah pokazal kot najpomembnejši del obravnave, ki temelji na neobsojajočem, nekonfrotacijskem, podpornem pristopu, ki so ga tudi intervjuvanke poudarile kot temelj vira pomoči. Za terapevtski odnos sta potrebna čas in okolje, kjer se okrevanje začne in hkrati pomeni postavljanje mej in nenehno podporo, kjer se oblikuje varen prostor za ženske (SAMSHA, 2016). Skozi varen terapevtski odnos lahko ženske delijo svoje izkušnje in občutke in se učijo novih veščin. Ena od intervjuvanih strokovnih delavk na CSD je izjavila: *»Edino to moč imamo, besedno in ta odnos. Če imaš dober, topel odnos, da ti zaupa lahko veliko več narediš. Če te starši že v prvi fazi zavrnejo, je konec. Zato je meni tako pomembno na dolgi rok, da dobiš zaupanje, ker če dobiš zaupanje je lažje delati, da nisi kritičen, da jim ne daješ negativni feedback, ker imajo tega že velik.«*(CSDSD 16)

V tem poglavju ugotavljamo, da večina strokovnih delavk vidi uporabo drog pri materah kot oviro pri starševstvu ter da je še vedno prisotnih veliko stereotipov, predsodkov in posploševanja o tem, da so uporabnice drog »slabe matere«.

Te ugotovitve opozarjajo na moč stigme, ki so jo institucije ustvarile s sankcioniranjem mater uporabnic drog in ki je bila utemeljena na tem, da so propadle pri opravljanju naravne vloge odgovornega materinstva. To pa je omejilo težo travmatičnih izkušenj in onemogočilo razmišljanje o materah tudi skozi to perspektivo (Covington, 2008). Službe pomoči se velikokrat ne osredotočajo na njihove potrebe, saj prevladujoči diskurz, ki temelji na tem, »kaj je narobe z materami« zapostavi perspektivo matere in to, kaj mati v danem trenutku potrebuje. Tako so intervencije največkrat usmerjene na starševsko patologijo, kjer morajo matere sprejeti strokovni diskurz, ki je usmerjen v njihovo krivdo.

12 RAZPRAVA

V raziskavi dajemo glas materam uporabnicam drog, ki so bile do zdaj v slovenskem prostoru odsotne in prezrte. Raziskave na področju odvisnosti od prepovedanih drog pogosto zanemarijo ženske ali pa jih prikazujejo kot šibke, samodestruktivne in nevarne posameznice, ki so bolne, patološke in bolj destruktivne kot moški uporabniki, predvsem zaradi njihove materinske in skrbstvene vloge. Pogosto je bil v raziskavah njihov glas spregledan ali v interpretaciji zgodb neveljaven, moralno sporen in diskreditiran. Pomembnost ženskam uporabnicam drog so dale šele feministične raziskovalke, ki so začele žensko odvisnost raziskovati iz ženske perspektive (Ettore, 2007), vendar do danes to ostaja še vedno marginalizirana skupina na področju raziskovanja.

Številne raziskave kažejo, da imajo ženske v primerjavi z moškimi uporabniki zaradi uživanja drog več posledic, in to na več področjih, socialnem, ekonomskem, duševnem in področju telesnega zdravja ter svoje družbene vloge (Klee, 2002; Lytle, 2012). Moški in ženske začnejo uživati drogo iz drugačnih razlogov; razlikujejo se psihosocialni problemi ter njihove individualne potrebe in načini, kako jih rešujejo. Čeprav začnejo v primerjavi z moškimi drogo uživati pozneje, je prehod v odvisnost pri njih hitrejši. Govorimo o teleskopskem učinku, ki ga ima droga na žensko. Pri ženskah je jemanje drog pogosto odgovor na osebne in medosebne težave (Nelson-Zupko, 1995; Kaltenebach, 1998; Briggs in Pepperell, 2009). Tudi intervjuvanke so se že od otroštva soočale z različnimi travmatičnimi dogodki in stresnimi situacijami, ki so pripomogli k razvoju odvisnosti, in droga je velikokrat pomenila odmik od realnosti in način soočanja s stresnimi situacijami, kot so mladostniška nosečnost, pogostejše ločitve staršev, selitve. 57 % intervjuvank je imelo izkušnjo odvisnosti že pri svojih starših ter pogostejšo izkušnjo fizičnega in psihičnega nasilja pomembnih drugih ter izkušnjo spolne zlorabe in posilstva. Kot poudarjajo tudi strokovni delavci, je odvisnost od drog povezana tudi s travmatičnimi dogodki v življenju ženske, zato jo je treba upoštevati pri strokovnem delu. Tudi v odrasli dobi so se intervjuvanke soočale s številnimi travmatičnimi izkušnjami, največkrat so bile v partnerskem odnosu z nekom, ki je že imel težave z odvisnostjo, pogosto so jih tudi partnerji vpeljali v svet droge, 44 % pa jih je poročalo o izkušnji partnerskega nasilja. Soočale so se tudi z drugimi tveganji, kot so brezposelnost, težave v duševnem zdravju, izguba otroka itd. Vendar, kot opozarjajo Stevens, Andreade in Ruiz (2012), se je do zdaj premalo raziskovala povezanost odvisnosti od prepovedanih drog s travmo, socialno-

ekonomskim pomanjkanjem in socialno marginalizacijo ter vplivom partnerstva. Ta področja večinoma niso vključena v študije in ostajajo tudi v slovenskem prostoru odprta za nadaljnja raziskovanja.

Tudi zdravljenje in obravnava, zasnovana predvsem za moške uporabnike, sta pripeljala do tega, da se ženske redkeje vključujejo v sistem pomoči, iz njega predčasno odhajajo ali se pred njim skrivajo. Kot poudarja Radcliffe (2011), je treba v zvezi z jemanjem drog upoštevati spol, ki ima vpliv na percepcijo nosečnosti in materinstva pri uporabnicah drog. Žensko uživanje drog je v primerjavi z moškim v podrejenem položaju in bolj moralno sporno. Družbeni spol moškega in njegove kompetence za starševstvo se le redko tematizirajo, saj v družbi veljajo dvojna merila glede ženske in moške odvisnosti, kar je posledica neenakosti med spoloma nasploh. Govorimo lahko o spolni diskriminaciji, saj so ženske kot skrbnice bolj izpostavljene nadzoru institucij in bolj negativno obsojene v družbi. Tudi ko vstopijo v sistem pomoči, naletijo na izjemno stigmo in so videne kot neustrezne in moralno pomanjkljive (Suchman in drugi, 2013).

12.1 Stigma in strah pred izgubo otroka

Naša empirična raziskava v skladu z ugotovitvami nekaterih drugih raziskav potrjuje, da je stigma pri materah uporabnicah drog glavni dejavnik tveganja in ovira pri iskanju pomoči, in lahko trdimo, da ima več posledic na materinstvo in otroka kot sama droga, ter prikrije vse druge identitete in negativno vpliva na materinsko vlogo tudi takrat, ko mati doseže abstinenco od prepovedanih drog. Po mnenju Ettore (2007) se morajo nosečnice in matere, odvisne od prepovedanih drog, soočiti s trojno stigmo, nastalo zaradi mitov, ki so se razvili okoli ženske uživalke drog prek patriarhalnih odnosov v zahodni družbi. Ta zapostavljenost izhaja izključno iz spolnih razlik: ženske so obsojene, ker uživajo droge, če so tudi noseče, se obravnavajo kot neodgovorne, nesposobne biti matere, kaj šele dobre matere. Biti »mati odvisnica« je zelo težaven družbeni položaj in je med najmanj cenjenimi družbenimi vlogami, tako nasploh kot tudi na hierarhični lestvici uživalcev prepovedanih drog.

V raziskavi ugotavljamo, da so ženske močno stigmatizirane in diskriminirane, še posebno pa se s stigmo soočajo nosečnice in matere, zato v sistemu pomoči velikokrat ostajajo nevidne, bodisi ker jih sistem ne prepozna bodisi tudi same želijo ostati nevidne in skrite pred pogledi drugih. To sklepamo tudi iz naše raziskave, saj je bilo kar nekaj intervjuvank, ki jim je uspelo

prikrivati odvisnost tudi pozno v nosečnost, čeprav so se soočale z različnimi stiskami in težavami in zaradi strahu pred posledicami niso iskale pomoči, zato se lahko vprašamo, kolikšno je dejansko število mater in otrok, ki bi potrebovali pomoč, vendar je ne iščejo zaradi stigme in strahu pred razkritjem.

Pri uporabnicah drog ima stigma vlogo opozarjanja na neustrezno vedenje žensk in tradicionalni spolni skript. Kot pravi Leskošek (2002), s telesom in njegovimi deli lahko neskončno eksperimentiramo, vendar nepopolno telo vzbuja tesnobo in strah. Ženske so opredeljene s svojim telesom, in to tako dolgo, dokler jim to dobro služi in dokler ga uporabljajo za zadovoljstvo svojih gospodarjev in ga podrejajo družbenim zahtevam. Tako je telo uporabnice drog lahko nevidno, dokler uspeva slediti družbeni reprodukciji (»nepatološka nosečnost« kljub uporabi drog), in postane vidno, ko njena uporaba drog postane potencialno nevarna za plod, ter s tem postane tarča nadzora družbe, medicine, prava.

Moralno ogorčenje proti uporabnicam drog je močan in učinkovit način, kako ženska telesa stigmatizirati. Raziskave in politike so uporabnice drog povezovale predvsem s »patologijo in nemočjo«, označile so jih za moralno izprijene subjekte, ki ne opravljajo ženskam pripisanih vlog, povezanih tudi z materinstvom in nosečnostjo, ali jih prikazovale kot odvisne in nemočne žrtve, ki so padle v svet odvisnosti. Ta način prikazovanja je po mnenju številnih feminističnih raziskovalk (Abbot, 1994; Klee in drugi, 2002; Martin in Ashton, 2014;) zakril strukturne neenakosti, ki so povezane z življenjem žensk in ohranjajo napačno predstavo o ženskah, ki uživajo drogo.

Matere pogosto problem z odvisnostjo prikrivajo, ker želijo ostati nevidne v sistemu pomoči. Prikrivanje se pogosto začne v nosečnosti, ko dejanja matere (kako živi, kaj vnaša v telo) postanejo bolj nadzorovana in medikalizirana. Nekaterim respondentkam v raziskavi je uspelo vso nosečnost prikrivati uživanje drog, tiste, pri katerih je bila odvisnost prepoznana, pa niso dajale pravih informacij o tem, kolikšne količine substanc jemljejo, saj jih je bilo strah obsojanja in že potencialnega odvzema otroka. Prav tako so prikrivale druge probleme, kot so slabše stanovanjske razmere, revščina, nasilje. Pred strokovnimi delavci so velikokrat želele prikazati idealno sliko materinstva, od tega da je otrok lepo oblečen, čist, ima polno igrač, da ne uživajo drog v velikih količinah in da zmorejo kljub odvisnosti poskrbeti za otroka. Primerjale so se tudi z drugimi materami uporabnicami (»nisem taka kot druge«), ker nočejo spadati v kalup stereotipov in predsodkov. Odmaknjene so od scene (niso se zadrževale na prostorih, kjer je bila prisotna, niso uživale droge pred otroki, med nosečnostjo so uživale

samo nadomestno vzdrževalno terapijo itd.), da jih ne bi povezovali z »odvisniško družbo«. Taki obrambni mehanizmi so bili bolj prisotni pri tistih materah, ki so bile še vedno aktivne uživalke drog in so bile bolj obremenjene s strahom pred posledicami in možnostjo odvzema otroka. Prevladujoči diskurz o uporabi drog v času nosečnosti in materinstva tako med večino uporabnic kot med strokovnimi delavci zagovarja popolno abstinenco kot idealno izbiro. Matere opisujejo uživanje drog kot sebično dejanje, tudi če je povezano z odvisnostjo ali s travmami. Stigma, da so slabe matere, jim povzroča večji občutek krivde kot dejanska tveganja uživanja drog zanje same in za otroke.

V zvezi s tem prepoznamo, kako delujeta strah in stigma, saj ženske zaradi morebitnih posledic stigmatizacije in diskriminacije ne iščejo pomoči, ki bi jo potrebovale. V raziskavi ugotavljamo, da ima stigma paradoksalen učinek. Po eni strani krepi zanikanje in skrivanje odvisnosti, ker želijo nosečnice in matere čim dlje časa ostati nevidne in prezrte, po drugi strani pa so ženske z negativno stigmo postale bolj vidne in prepoznane kot odvisnice. Z diskurzom boleznih odvisnosti se je stigma sicer zmanjšala, saj gre za bolezen, ki jo imata tako moški kot ženska, vendar je za žensko še vedno bolj moralno sporna. Prav tako je stigmatizacija po mnenju Benoit in drugih (2015) ena največjih ovir, da ženske nimajo dostopa do ustrezne pomoči, ter povzroča socialno, materialno in psihološko marginalizacijo, ki ima posledice za mater in otroka.

Radcliffe (2011) med drugim trdi, da ko ženske enkrat dobijo nalepko »uporabnice drog«, so pogosto prepoznane kot nespoštljivi, nesposobni starši in nevredne zaupanja, tudi če dosežejo abstinenco in naredijo druge spremembe v življenjskem slogu. Ko pridobijo nalepko uporabnic drog, začne delovati stereotipna predstava »enkrat džanki, za vedno džanki« in identiteta odvisnice postane nepovratna. Za vse življenje so zaznamovane kot bivše, sedanje, zdravljenе odvisnice ali odvisnice v recidivu. To se pokaže tudi v naši raziskavi, saj so se intervjuvanke večkrat soočale z diskriminacijo pri uveljavljanju svojih pravic, pri zaposlitvi, ter s spolno specifično diskriminacijo, povezano z nosečnostjo in materinstvom (diskriminacija v porodnišnici zaradi okuženosti s hepatitisom C, ne dovolj dobra mati, nezaupanje v varstvo in vzgojo otroka tudi po že vzpostavljeni abstinenci).

V raziskavi med drugim ugotavljamo, da so se intervjuvanke identificirale s podobo propadle ženske in privzele identiteto, ki jim jo pripisujejo in utrjujejo strokovne službe in različne javnosti. Pogosto jih spremljajo občutki sramu in krivde, ki vodijo v to, da zamolčijo težave. Ne glede na čustvene, finančne in fizične stiske matere tudi same prevzemajo odgovornost za

uživanje drog in je ne povezujejo z drugimi determinantami, kot so revščina, marginalizacija in neenakost (Lytle, 2012; Benoit in drugi, 2015). Ženske tudi zase privzamejo te dvojne standarde, saj je zanje prav tako manj sprejemljivo uživanje drog pri ženskah kot pri moških. Tudi intervjuvanke so na uživanje drog v nosečnosti in materinstvu gledale kot na deviantno in egoistično dejanje. Ob tem so navajale občutke krivde in sramu, zavedale so se stigme, ki je povezana z uživanjem drog. Tudi tiste matere, ki so dosegle spremembe in abstimirale, so v intervjujih odvisnost pri drugih uporabnicah, predvsem v nosečnosti, prepoznale kot moralno sporno dejanje, ki ga same ne bi več ponovile. Tako dominantni diskurz moralno obsoja kakršno koli uporabo substanc med nosečnostjo kot inherentno sebično dejanje. Po mnenju Stone (2015) je prav prekoračitev moralne kode materinstva, torej da ženske počnejo nekaj narobe kot matere, včasih bolj sporno in škodljivo kot sama škoda, ki jo ima fetus zaradi substance.

Občutki krivde so gonilo materinstva uporabnic drog, saj so vezani na vse vidike starševstva, od tega, ker so uživale drogo v nosečnosti in pozneje, ker je otrok imel ob rojstvu abstinenčno krizo, ker so odsotne, ker so otroci v rejništvu, ker nimajo ustreznega partnerstva, ker so revne, pa do tega, ker ne zmorejo poskrbeti za otroke in jih vzgajati. Občutki krivde so zelo povezani z vzgojo otroka, saj se je v raziskavi izkazalo, da matere pogosteje popuščajo in ne zmorejo postavljati mej, otrokom kupujejo materialne dobrine, od njih težje zahtevajo, naj opravijo šolske obveznosti. Povezani so tudi s tem, da je droga del njihovega delovanja in življenja, da so si kot ženske in matere sploh dovolile postati odvisne ali sploh postati matere. Kot pravi Ule (2003), je prav odvisnost od prepovedanih drog odličen material za pripisovanje krivde.

Stigma, stereotipi in predsodki so prisotni tudi pri strokovnih delavcih. Ženskam, ki jih prepoznajo kot odvisnice, pogosto pripišejo nespoštljivost, nesposobnost za starševstvo, menijo, da so nevredne zaupanja, ter jim s tem dodelijo status »slabe matere«, kar se v praksi kaže z uporabo kaznovanih in diskriminatornih praks v postopku pomoči. Nekatere raziskave kažejo, da so prisotne predvsem pri zdravstvenih delavcih, ki delajo z novorojenčki in otroki, saj so posledice odvisnosti od drog v nosečnosti tam najbolj prepoznane. Tudi respondentke so največ stigme in diskriminacije doživele prav v porodnišnici, ko se je pri otroku začel NAS in so posledice zlorabe drog med nosečnostjo postale vidne pri otroku.

Bolj stigmatizirane in obsojane so tudi tiste ženske, katerih otroci so bili nameščeni v rejništvo, skrbništvo ali ki so se odločile otroka oddati, ker same niso zmogle zanj poskrbeti,

saj gre večinoma za kompleksno problematiko, ki ni povezana samo z odvisnostjo (nasilje, duševno zdravje). Čeprav družba, predvsem pa strokovno osebje, to po drugi strani spodbuja kot bolj ustrezno ravnanje in zaščito otrok, so matere po drugi strani obsojene, ker otroka niso obdržale, ker so dale prednost drogi, ne materinstvu. Tudi raziskovalci ugotavljajo, da se matere, ki so izgubile skrbništvo nad otroki, soočajo z visoko stopnjo stigmatizacije in sramu (Sykes, 2011). Vsakodnevno se soočajo z odsotnostjo svojih otrok in s stigmatiziranim statusom svoje starševske vloge, saj individualna odgovornost do starševstva povečuje krivdo matere (Toscano, 2005). Izguba skrbništva lahko za mater pomeni dvojno izgubo, izgubo otroka in izgubo materinske identitete.

Tudi otroci so tisti, ki doživljajo stigmatizacijo in diskriminacijo kot posledico uživanja drog pri materi. Na neki način stigmo podedujejo. Prav tako se soočajo z občutki krivde in sramu, ker imajo starše, ki so drugačni od drugih in tudi sami stigmatizirani. V raziskavi so nekatere intervjuvanke omenjale, da so njihovi otroci doživljali psihično nasilje in zavrnitev med sovrstniki. Kot ugotavljamo v raziskavi, so tudi v družbi predstavljeni kot problematični otroci, zato so izločeni iz skupnosti, saj se stiki in druženje s problematičnimi družinami ne spodbujajo. Socialno zavračanje tako ne vpliva samo na stigmatiziranega posameznika, temveč na vse, ki so vpleteni, čemur pogosto sledi socialna izolacija, kar velja tako za mater kot za njeno družino (Goffman, 2008). Tudi strokovne službe jih obravnavajo kot patološke otroke, ki že v zgodnjem otroštvu pridobijo različne diagnoze in oznake, nalepke institucij. Posledica stigme je, da se otroci že zelo zgodaj naučijo skrivati in zamolčati družinsko skrivnost, saj se bojijo, da bi izgubili družino.

Kot ugotavljamo v raziskavi, ima v družinski dinamiki odvisnost posebno mesto, po eni strani se lahko vse vrtilo okrog nje, po drugi pa se o njej ne govori. Tudi matere so razvile različne strategije, da bi pred otroki skrile svoje težave (drogo uživajo, ko otrok ni zraven, jih zapuščajo v času recidiva). Pogosta posledica je, da so otroci izolirani, osamljeni, zaprti v svet družine, hkrati pa občutijo zmedenost in nevarnost, saj je dinamika v družini ves čas nepredvidljiva. Odvisnost staršev je za otroka »slon v dnevni sobi«, ki priključuje občutek velike in prevladujoče prisotnosti, ki je otrok nikakor ne more prezreti. Pogosto otroci prevzemajo vlogo odraslega in so prikrajšani za otroštvo in igro (Hasting in Typo 1984 v Kroll, 2006). V nekaterih družinah začnejo otroci izkazovati vedenjske in čustvene težave, s katerimi opozorijo, da se v družini nekaj dogaja. Takrat lahko skrivnost pride na plan in družina lahko razpade. Če pa so otroci umaknjeni iz družine, potem jih nihče ne prepozna in tudi sami ostanejo skriti pred pogledi drugih in spregledani v sistemu pomoči. Ugotavljamo, da ima

odvisnost in z njo povezana stigma vpliv na čustveni in vedenjski razvoj pri otroku. Pogosto otroci govorijo o fenomenu »zaprtih vrat«, saj morajo določena vedenja in dejanja ostati v njihovih domovih in se morajo prilagajati vedenju in razpoloženju pri starših ter pogosto zanikati svoja lastna občutja in doživljanje.

Družbeni status uporabnic drog zaradi stigme ostaja največkrat nepovraten, kljub sodelovanju v zdravljenju in v procesu okrevanja. Videne so kot onesnaževalke spolne identitete in reproduktivnih teles, ki poleg tega kontaminirajo zasebni prostor svojega družinskega življenja in javni prostor čistosti, zato se družbene posledice nekaterih dejanj, povezanih z deviantnostjo, razpršijo in jih nikoli več ni mogoče odpraviti (Ettore in Cambell, 2011).

12.2 Nosečnost in materinstvo kot varovalni dejavnik ali dejavnik tveganja

Na začetku raziskave smo si postavili tudi tezo, da *Nosečnost in materinstvo pri ženskah, odvisnih od prepovedanih drog, nista dejavnika tveganja, ampak varovalna dejavnika, ki zmanjšujeta odvisnost od prepovedanih drog.* Pri tem ugotavljamo, da na to vplivajo številni dejavniki, saj se uporabnice drog velikokrat že ob prehodu v materinstvo soočajo s številnimi tveganji, ki jih spremljajo že od otroštva in se nadaljujejo tudi v odraslo dobo, kot so družinsko nasilje, odvisnost v družini, spolne zlorabe, odvisni partner, brezposelnost, revščina itd. Vsi ti dejavniki delujejo medsebojno in imajo pomemben vpliv na samo starševstvo ter tudi na druge vidike življenja. Tako odgovornost ženske za skrb za otroka spremeni njen odnos do odvisnosti tako pozitivno kot negativno (lahko opusti ali okrepi uporabo drog).

Ti dejavniki tveganja vplivajo tudi na samo odločitev za nosečnost in starševstvo. Z intervjuji smo potrdili izsledke tujih raziskav (Stone, 2015), ki kažejo, da je pri uporabnicah drog nosečnost pogosto nenačrtovana, ker se bodisi z možnostjo zanositve niso ukvarjale bodisi so si po svoje želele postati matere, vendar bi si ob načrtovani nosečnosti kot uporabnice drog to težje dovolile. Začetek nosečnosti je povezan z dvomi, ali si lahko kot uživalke drog sploh dovolijo nosečnost in materinstvo, zato je to obdobje pogosto povezano tudi z odločanjem, ali naj obdržijo otroka ali nosečnost prekinejo. Sklepamo lahko, da jih je strah stigme v okolici in pri strokovnjakih, kar pri nekaterih vodi v zanikanje znakov nosečnosti, ki je pri intervjuvankah trajalo v povprečju dva meseca, pri nekaterih pa celo do konca nosečnosti. Kot pravita Rosenbaum in Murphy (1999), je to začetek osebne dileme o nosečnosti, ko se ženska želi izogniti diskusiji javnosti – javnemu odobravanju ali nasprotovanju nosečnosti. Zanikanje

lahko pomeni tudi, da se bodo morale zaradi »zdrave nosečnosti« odpovedati drogi, ki je bila zanje strategija soočanja s fizičnimi in čustvenimi problemi, kot so partnerski konflikti, soočenja s travmo ali užitka, ki ga daje učinek droge. Dokler nosečnost ni prepoznana, se lahko izognejo ginekološkimi pregledom in soočanju s tem, da so odvisne od prepovedanih drog. Nekatere intervjuvanke pa so se želele odločiti za splav, vendar je bilo za to že prepozno, saj zaradi uživanja substanc in drugih okoliščin nosečnosti niso prepoznale. Ambivalenca do nosečnosti je povezana tudi s tem, da si po eni strani želijo postati matere, po drugi pa jih je strah, ali bodo zmogle, strah jih je obsojanja in stigme, strah jih je tudi vstopa v institucije.

Nosečnost lahko za žensko uporabnico drog pomeni možnost vzpostaviti identiteto, ki ji bo omogočala, da se izgone stigmatizaciji odvisnice. Otrok je lahko velika motivacija za spremembo, saj je v nosečnosti večina respondentk, sploh pa tiste, ki so bile vključene v kakršnokoli obliko obravnave, spremenila način življenja, predvsem so zmanjšale vnos prepovedanih drog in se izogibale drugim tveganim oblikam vedenja. Večina je prepovedano drogo zamenjala z nadomestno vzdrževalno terapijo ali pa so prepovedano drogo in druge nepredpisane substance bolj regulirale, umikale so se iz odvisniške družbe ter skrbele zase. Uporabnice, ki so nosečnost bolj sprejemale ali jo je sprejemal tudi njihov partner in je bila načrtovana, ter tiste, ki so imele bolj urejene socialne razmere, so uspešneje uravnavale odvisnost od prepovedanih drog. Da prehod v starševstvo zmanjšuje uporabo droge, so potrdile tudi nekatere raziskave (Greenfield in drugi, 2007).

Raziskovalci ugotavljajo, da je v družinah, kjer je prisotna odvisnost od prepovedanih drog, večje tveganje za zlorabo in zanemarjanje pri otrocih, prav tako imajo ti več učnih, socialnih, vedenjskih, zdravstvenih in čustvenih težav. Ti razvojni primanjkljaji so lahko povezani z uživanjem različnih substanc v družini, vendar se tveganje povečuje, če so prisotna tudi druga socialna, ekonomska in zdravstvena tveganja. Zato je treba pri otrocih, ki odraščajo v okoliščinah, povezanih z uporabo drog, upoštevati vsa tveganja in jih ne ločevati od staršev (Radcliffe, 2011; Benoit in drugi, 2014). To prepoznavamo tudi v naši raziskavi, saj so težave pri otrocih prepoznavali tako matere kot tudi strokovni delavci. Otroci, ki odraščajo v takih družinah, imajo pogosteje izkušnje s stresnimi in travmatičnimi dogodki v družini, velikokrat so priče partnerskemu nasilju in kriminalnemu vedenju, ločitvi staršev (Kumpfer in Johnson, 2007). Odvisnost lahko vpliva na visoko ogroženost otrok zaradi nasilja, halucinacij, pomanjkanja nadzora, ko so matere pod vplivom substanc, predvsem v času akutne intoksiciranosti in abstinencijske krize. Predvsem so ogroženi mlajši otroci, ki potrebujejo več

starševskega nadzora. V odnosu do otroka se tudi matere bojijo posledic, ki bi jih lahko ta imel zaradi njihove odvisnosti, zato nekatere ves čas preverjajo pri drugih, ali ustrezno vzgajajo, iščejo nasvete ali pa gredo v nasprotni model vzgoje, kot so jo bile deležne same. Intervjuji so pokazali, da obstaja povečano tveganje pri otrocih, če mati uživa drogo, in še večje, če jo uživata oba starša. Dejavniki, ki vplivajo na tveganje, so: status okrevanja starša, pridružene težave v duševnem zdravju, navzočnost drugih skrbnikov, katero vrsto droge uživajo in v katerem obdobju otrokovega razvoja ter zdravstvene težave.

Matere imajo več težav pri vzgoji in skrbi otrok predvsem zaradi neznanja, občutkov krivde, negativnih zgledov in izkušenj iz lastnega otroštva, zato ne vedo, kako vzgajati drugače. Nekatere intervjuvanke pa so bile prepričane, da zmorejo bolje poskrbeti za otroka, če so pod vplivom drog. Zdelo se jim je, da imajo takrat več volje in energije za ukvarjanje z otrokom. Vendar je to povezano tudi z zmanjšano sposobnostjo življenja v otrokove potrebe ali pa je to lahko tudi obrambna strategija, saj nočejo pred drugimi dajati vtisa »ne dovolj dobre matere«. Tudi zanemarjanje in posledično odvzem otrok sta bila pogostejša v družinah, v katerih sta bila odvisna oba partnerja, kjer so bili prisotni nasilje, težave v duševnem zdravju, neurejene stanovanjske razmere ali brezdomstvo. V longitudinalni študiji, izvedeni na Univerzi v Kaliforniji, kjer so deset let spremljali otroke uporabnic drog, vključenih v program pomoči, so ugotovili, da sta velik dejavnik tveganja, ki napoveduje težave pri otroku, predvsem materino duševno zdravje in odnosi v družini, na kar ima seveda lahko vpliv tudi droga (Hser in drugi, 2014). Pri otrocih se je kot varovalni dejavnik izkazalo to, da so imeli vsaj en podporen odnos z odraslo osebo ali močno podporno mrežo.

Tudi vstop institucije v družino lahko deluje kot varovalni dejavnik ali dejavnik tveganja. Na podlagi raziskave lahko rečemo, da so nadzor nad vzgojo otrok in zahteve v zvezi s tem, ki so jih postavile institucije, pripomogle k temu, da so matere začele razmišljati, kaj morajo narediti, da bi otroke obdržale, nekatere pa so še bolj začele aktivno uživati drogo, saj so to doživele kot zelo stresno situacijo. Stone (2015) je v svoji raziskavi ugotavljala, da je bilo dve tretjini žensk, ki so bile vključene v zdravljenje, vključenih tudi v sistem socialnega varstva, kar lahko potrdimo tudi v naši raziskavi. Tiste, ki so bile v času raziskave vključene v visokopražne programe, so si za enega od prednostnih ciljev postavile prav to, da bi se otroci vrnili iz rejništva ali skrbništva ali da skrbništva nad otroki ne bi izgubile ter da bi se same začele bolj dejavno vključevati v vzgojo in skrb za otroka. Pri tistih v nizkopražnih programih pa je bila ravno tako prisotna želja po tem in glavni cilj za prihodnost. Na drugi strani prav materinstvo pomeni oviro pri zdravljenju, saj imeti otroka in biti starš predstavlja spolno

specifično mejo pri vstopu v obravnavo (Green, 2006). Matere se vedno sprašujejo, kdaj je pravi čas za vstop v zdravljenje, je to v času vrtca, šolanja, kje bodo otroci, medtem ko bodo same na zdravljenju, kako jim pojasniti, kam gredo, kdaj je pravi čas, da otroci dobijo informacije, kako otroka izključiti iz vsakdanjega življenja in iti skupaj z njim v terapevtsko skupnost, kako bo preživel to travmo. Velikokrat zato matere za čas, ko zaradi različnih težav ne morejo poskrbeti za otroka, skrbstveno vlogo prepustijo starim staršem, kar pa je dvorezni meč. Po eni strani otroci ostajajo med domačimi in jih ni treba namestiti v rejništvo, po drugi pa velikokrat stari starši ponavljajo iste vzgojne metode ali se odločijo za nasprotni model vzgoje. Posledično matere izgubijo vlogo starša, ki jo prevzamejo stari starši, same pa se večkrat v odnosu do njih počutijo nekompetentne. Tudi same večkrat ostajajo v vlogi otroka. Velikokrat so stari starši tudi tisti, ki na neki način preprečujejo vstop institucij v družino, saj ko prepoznajo, da mati ne bo zmogla poskrbeti za otroka, sami prevzamejo njeno funkcijo in s tem preprečijo krizne situacije v družini. Problem, na katerega je bilo opozorjeno v raziskavi, pa je, da tudi stari starši v zvezi s svojo vlogo ne iščejo pomoči oziroma je ne dobijo, čeprav se velikokrat znajdejo v hudih stiskah. Na drugi strani se strokovni delavci, poleg skrbništva starih staršev, odločajo o namestitvi otrok v rejništvo, kar se predstavlja kot začasen ukrep, vendar največkrat ostane dolgotrajen.

Otroci, ki so nameščeni v rejništvo zaradi materinega uživanja drog, dlje časa ostanejo v rejništvu, zamenjajo več rejniških družin in so manj pogosto vrnjeni v družino. To ugotovitev potrjujejo tudi druge raziskave. Otroci so s tem prikrajšani za pravico, da odraščajo v svoji družini, posledica pa je, da imajo več težav na več življenjskih področjih. Rejništvo je torej čas, ko morajo uporabnice poleg abstinence doseči še druge spremembe, ki jih od njih zahtevajo strokovni delavci, in jih včasih s sredstvi, ki jih imajo, težko uresničijo, zato se nekatere umaknejo, odmislijo otroka in gredo v še globljo odvisnost. Pri strokovnem osebju so velikokrat prisotna tudi dvojna sporočila, saj po eni strani materi rejništvo predstavljajo kot začasni ukrep, hkrati pa ji težje zaupajo, da ji bo uspelo pridobiti otroka nazaj. Do zdaj je zelo malo znanega o tem, kako odhod otroka iz družine vpliva na mater, zato bi boljše razumevanje njenega doživljanja pripomoglo k bolj učinkovitemu oblikovanju programov in politik, ki temeljijo na družini in se odzivajo na potrebe mater in otroka ter podpirajo ponovno združitev družine (Schofield in Ward, 2011).

V raziskavi ugotavljamo, da je za uporabnice drog materinska vloga ena pomembnejših vlog v njihovem življenju, zato se trudijo, da bi naredile vse najboljše za otroke, in jih želijo na različne načine zaščititi pred tveganji. Ferguson in drugi (2012) so dokazali, da je prehod v

starševstvo pomemben varovalni dejavnik in zmanjšuje tveganje pri materah uporabnicah drog. To pomeni, da so predvsem ženske tiste, ki so ob prehodu v starševstvo bolj kot v drugih obdobjih pripravljene narediti spremembo, zato bi bilo treba to upoštevati v procesu pomoči. Pri tem pa je treba vedeti tudi, kako je mati opremljena za življenje, kakšne veščine ima, kateri travmatični dejavniki vplivajo nanjo in koliko pomoči in podpore ima v svoji socialni mreži. Kumpfer in Johnson (2007) predlagata, da bi se v zdravljenju odvisnosti vključili tudi otroci, saj to pozitivno vpliva na izboljšanje odnosa do starševstva, zmanjša krivdo in depresijo pri materah in deluje kot preventiva recidiva, kar so v raziskavi predlagale tudi matere same.

12.3 »Prekoračitev meje ustreznega materinstva«

V raziskavi ugotavljamo, da *»Stereotipi in predsodki o materah, odvisnih od prepovedanih drog, se pojavljajo tudi pri strokovnih delavcih in vplivajo na to, da matere ne iščejo pomoči takrat, ko bi jo potrebovale. Matere, ki pri otroku prepoznajo težave in jih ne zmorejo reševati same, ne iščejo pomoči kljub tveganju, da obstaja nevarnost in škoda za otroka.*

Neželena in obsojana nosečnost in materinstvo uporabnic drog

Telo uporabnice drog je kontaminirano telo, ki ni narejeno za reprodukcijo, saj uživalka drog noče in ne sme biti mati, ker je droga zanjo prioriteta. Splošno prepričanje je, da do nosečnosti pride le naključno zaradi izgube nadzora nad lastnim telesom. Nosečnost je potemtakem napaka, ki se zgodi zaradi materine impulzivnosti in neodgovornosti. V raziskavi izhajamo iz spolne dihotomije, da je le ženska odgovorna za zdravje fetusa, in zato je treba njeno vedenje bolj nadzorovati. A kot poudarjajo številni raziskovalci s področja odvisnosti (Anderson, 2008; Briggs in Pepperell, 2009), želi model deviantnosti in patologije utišati posameznice prav z osredotočanjem na patologijo in simptome, ne upošteva pa se pomen odnosa med uporabo drog in socialnim kontekstom. Ženske uživalk drog so videne skozi telo, ki je abjektno, umazano, ker ne zmore obvladovati svojih potreb, strasti, užitka. Posledica tega je nenačrtovana nosečnost, saj zanosijo, ker ne zmorejo obvladovati svojega telesa. Označevanje ženskih teles kot reproduktivnih je način, na katerega biooblast producira in normalizira ženska telesa, da bi služila prevladujočim odnosom med spoloma. Njihovo delovanje oblikuje prav diskurz reprodukcije. Ženska telesa, vključno s telesi uživalk drog, so predstavljena kot servis za reprodukcijo, ki je pri uporabnicah drog posebno problematična (Murphy in

Rosenbaum, 1999). Kot pravi Dominelli (2002), nove tehnologije lahko okrepijo oblast države nad reprodukcijskimi pravicami žensk in jim vzamejo nadzor nad lastnimi telesi, še zlasti če so revne ali pa imajo težave z uživanjem substanc (alkohol, tobak, predvsem pa droga). Država jih lahko prisili v zdravljenje in pravice matere loči od pravic otroka.

Z obsodbami nosečnic, predvsem v ZDA, so dokazovali, da je ženska lahko ustrezna v svoji vlogi le, če je primerna za materinstvo in potrjuje polarizacijo potreb žensk in otrok. Tako lahko sodišče in medicina prevzmeta nadzor nad žensko in odločata o njenem telesu. Pri tem se opirajo na idejo, da s tem delajo najboljše za otroka. Kot pravita Gesha in Steinberg (1992), reproductivne tehnologije ne prinašajo ženskam posebnih koristi, predvsem ne takrat, ko jih povezujemo z družinskimi ideologijami in žensko vlogo skrbnice naslednjih generacij. Jan Sawicki (1991) pa trdi, da je bil cilj novih tehnologij nadzorovanje subjektov, ker so države hotele poskrbeti za neplodnost genetsko slabše predisponiranih mater, katerih telo ni fiziološko in mentalno ustrezno za nosečnost in katerih maternica je sovraženo okolje za fetus.

Diskusije o materinstvu in nosečnosti so začeli širiti tudi mediji in vse bolj so sodili o tem, kaj je dobro ali slabo materinstvo. Anna Balsamo (1996) trdi, da nadzorstvena tehnologija temelji zgolj na sumu, saj primanjkuje zanesljivih informacij o toksičnosti posameznih substanc. »Z nosečnostjo fetus postane glavni protagonist, ženska pa objekt, katerega naloga je, da donosi čim bolj zdravega, produktivnega državljana.« (Ettore, 2007, str. 42) Ženske, ki imajo težave z odvisnostjo, so tako potisnjene v drugoten položaj in videne skozi patološko nosečnost, za katero so same odgovorne in ki jih tudi označuje.

Škoda, ki jo lahko pretrpi fetus zaradi izpostavljenosti drogam v nosečnosti, je predstavljena kot dokaz, da mati ni upoštevala ustreznih navodil za zmanjševanje tveganj, in za to se ji lahko pripiše krivda. Različni diskurzi spodbujajo ocenjevanje nosečnice glede na to, kako obvladuje svoje lastno življenje, kakšen je njen življenjski slog, kako se zdravstveno vede in kakšne odločitve o prenatalni oskrbi sprejema. Tako v raziskavi ugotavljamo, da predvsem v nosečnosti uživalke drog postanejo predmet intenzivnega javnega nadzora, ko se noseča telesa preoblikujejo v objekt javnega interesa, kar postavlja žensko v panoptikum opazovanja in urejanja ter predpisov. Konstrukcija tveganja, ki predstavlja diskurz nosečnosti, je ključnega pomena za samoopazovanje in samodisciplino. Plod je pogosto predstavljen kot ranljiv subjekt, katerega prihodnost je v rokah nosečnice. Protislovje te izključne odgovornosti pa je v tem, da naj bi noseče ženske zaupale svoje organe strokovnemu osebju oziroma nadzoru

strokovnjakov, ki ovrednotijo, regulirajo, nadzirajo plod z vrsto tehnik (amniocenteza, genske svetovalnice, ultrazvok) (Lupton, 2013).

Družba in institucije obsojajo matere uporabnice drog, ker nosečnosti niso prepoznale, kajti če bi jo, bi bilo odgovorno in družbeno sprejemljivo, da bi naredile splav in tako rešile otroka pred potencialnimi posledicami in družbo pred stroški. Njihovo odločitev, da otroka obdržijo, označujejo kot egoistično dejanje. Sklepamo lahko, da nekatere prikrivajo nosečnost prav zaradi tega, da ne bi naletele na obsojanje, ali pa jo zanikajo, da jih drugi ne bi prepričevali, naj naredijo splav, ker otroka v takem stanju ne bi smele imeti. Tudi same se velikokrat nosečnosti sramujejo in se počutijo krive, da so noseče, ker tudi same mislijo, da niso vredne materinstva. Velikokrat se jim pripisujejo tudi negativne osebnostne lastnosti, ki se jih povezuje z uživalci drog (manipulacija, laganje, kriminal, otopelost, asocialnost, nesprejemanje odgovornosti). S tem pa strokovne službe iščejo potrditev, da so to patološke ženske, ki niso sposobne opravljati materinske vloge. »Mati, ki neposredno škoduje svojemu otroku, je dvojno problematična, saj je identiteta uporabnice drog povezana z onesnaženostjo in kriminaliteto. Droga, ki nudi užitke, naredi osebo nesposobno skrbeti zase, kaj šele za druge, kar posebej nasprotuje diskurzu idealnega materinstva. Prav nosečnost in materinstvo premakneta meje iz javnega v zasebno območje v odnosu do ženskih teles, kjer je prioriteta osebna odgovornost do svojega zdravja in zdravja otroka in kjer je medicinski nadzor upravičen.« (Radcliffe, 2011, str. 32).

Matere so v dominantni moški kulturi in v hegemoničnem diskurzu mainstreamovskega materinstva pogosto marginalizirane. Obsojene so zaradi nerealističnih standardov, ki so se oblikovali na podlagi teh diskurzov. V raziskavi tudi strokovne delavke nosečnost in materinstvo postavijo ob bok zlorabe ploda in otroka. Diskurz idealizacije materinstva pri uporabnicah drog v hegemoničnem spolnem redu ne ustreza modelu dobre matere, dokaz slabega materinstva pa se kaže v reprodukciji ne dovolj popolno zdravih otrok (Bramer, 2006). Kadar ženska ne zadovolji nevidnih družbenih idealov matere in žene, postane zgolj telo, nevredno svojega spola (Connell, 2010).

V raziskavi med drugim ugotavljamo, da med strokovnimi delavci še vedno prevladuje veliko predsodkov in premalo znanja o specifičnih potrebah mater in njihovih otrok. Matere pri njih večkrat naletijo na odklanjanje in obsojanje, kar še povečuje dodatno stigmatizacijo in socialno izključenost (neodgovorna mati, mati, ki ne skrbi za otroka in ga zanemarja, mati, ki se ukvarja s kriminalom ...). V družbi postajajo uporabnice drog vse bolj označene kot

deviantne matere, vendar, kot opozarjajo nekateri strokovnjaki, ostajajo bolj etiketirane tiste z nižjim socialno-ekonomskim statusom in tiste z več težavami v družinskem krogu. Te so namreč bolj pod nadzorom institucij, obsojane in pri njih pogosteje pride do odvzema otrok (Roberts, 1991; Bammer in Smithson, 2008; Flavin in Paltrow, 2013; Stone, 2015). To trditev lahko potrdimo tudi v naši raziskavi, saj smo zajeli le matere z manj finančnimi sredstvi, ki so bile vključene v različne institucije, in lahko sklepamo, da matere uporabnice drog z boljšim ekonomskim statusom in z več sredstvi v sistemu pomoči in v javnosti niso vidne in prepoznane kot uporabnice. Njihov položaj je povsem drugačen, ker si storitve lahko kupijo in se izognejo institucionalni obravnavi.

Matere uporabnice drog so se že v nosečnosti zavedale, da s tem ko uživajo droge, alkohol, jemljejo zdravila in živijo v deprivilegiranih okoljih (revščina, nasilje, partner odvisnik), imajo izkušnjo s travmo in nasiljem, ne sledijo konceptu »idealiziranega materinstva«. V diskurzu nosečnosti in fetalnega tveganja prevladuje razmišljanje, da bi moral razum vladati nad telesom. Od nosečnic se pričakuje, da je njihova etična odgovornost racionalno upoštevati nasvete strokovnjakov, kako zaščititi plod. Čeprav je noseče telo v družbi stereotipno predstavljeno kot hormonsko čustveno neuravnovešeno, se od ženske pričakuje, da bi v tem primeru uporabila moč razuma. Oblasti nosečnice predstavljajo kot tiste, ki skrbijo za svoja telesa, in hkrati kot neodgovorne, ker izpostavljajo plod nevarnostim, saj bi bilo od matere odgovorno, da bi naredile vse za otroka in se na tak način žrtvovale, ker ljubeče matere vedno postavijo otroka na prvo mesto. Hkrati pa so ženske predstavljene kot šibke, ranljive in takoj padejo s piedestala, če zaradi šibkosti in nevednosti v telo vnašajo substance, ki škodijo otroku (Tulloch in Lupton, 2003).

Materinstvo, predvsem pa nosečnost prispevata k temu, da uporabnice postanejo bolj vidne v sistemu pomoči in se bolj vključujejo v programe, da bi izboljšale zdravje in svoje počutje, in se obrnejo k fetusu in otroku. Vendar tukaj obstaja veliko ovir, na katere so opozorili tako intervjuvane strokovne delavke in delavci kot matere. Lahko jih strnemo v naslednja področja: poleg otroka so ovire odnos osebja, ki temelji na konfrontacijskem pristopu, pomanjkljivo povezovanje z drugimi viri pomoči (nevladne organizacije, CSD, družinska sodišča, pediatrija itd.), občutki krivde, povezani z uživanjem, ter strah pred izgubo otroka. Dodatne ovire so stigma in sram, ki sta povezana z uživanjem drog in strokovnjakom otežujeta zgodnjo prepoznavo, pomanjkanje možnosti za skrb za otroke, pomanjkanje programov, v katerih bi lahko živeli matere in otroci, in slabe prometne povezave, ki vplivajo na zviševanje stroškov, ki so posledica neobravnave. V diskurzu drog so ženske uporabnice

drog opredeljene kot posebna populacija s posebnimi potrebami in odstopajo od tega, kar velja za »normalno osebo«, ki uživa drogo. Normativne teorije in prakse konstituirajo nenormalno tako, da se razlikuje od normalnega. Ta predpostavka izhaja iz normativnosti moškega dominantnega pogleda in s konstruktom binarnosti normalnega in nenormalnega poudarja potrebe žensk kot posebne populacije po zdravljenju (Fraser in Moore, 2011). Vse to pa vpliva tudi na stereotipe in predsodke pri strokovnih delavcih, ki ovirajo proces pomoči materi in njeni družini. Na diskriminatoren odnos strokovnih služb vplivajo prav pomanjkljivo znanje s področja odvisnosti in napačne strategije in politike na področju materinstva in uporabe drog. Ovira je tudi to, da imamo premalo empiričnih podatkov o tej populaciji, kar onemogoča, da bi odgovorili na specifične potrebe te skupine iz njene perspektive. Tukaj ima spet pomembno vlogo prav stigma, katere posledica je, da ženske ne iščejo pomoči (Klee in drugi, 2002). V primerjavi z moškimi dobijo ženske, ko se vključijo v zdravljenje, manj podpore družine, kar lahko povezujemo s tem, da so ženske velikokrat v razmerju z moškim, ki ima tudi sam težave z odvisnostjo, zato izgublja stik s svojo družino in jo posledično manj podpira v zdravljenju oziroma lahko pride do prekinitve zveze, če bi se odločila za obravnavo.

Velikokrat ne želijo spregovoriti o težavah, ker jih je strah, da v očeh strokovnih služb ne bi bile videti dovolj dobre skrbnice, kar pa lahko pomeni dodatno izolacijo pred okolico in strokovno pomočjo, ki lahko postane »nepomoč« in pomeni odmik od reševanja problemov, ker o njih ne zmorejo odkrito spregovoriti. Vendar, kot ugotavljata Taplin in Mattick (2011), matere kot glavne skrbnice otrok prej dovolijo, da se otroci vključijo v proces okrevanja. To lahko povezujemo tudi s tem, da so kot glavne skrbnice svojih otrok bolj pozorne na njihovo zdravje, čeprav obstaja možnost, da bi izgubile skrbništvo. Tudi nekatere respondentke so se predvsem v nosečnosti vključile v institucije, čeprav so s tem tvegale izpostavljenost večjemu nadzoru. Kelly in drugi (2014) opozarjajo, da večina staršev ne želi, da bi se otroci vključili v sistem pomoči, in to zavirajo, zato velikokrat ostanejo otroci spregledani. Tudi to lahko potrdimo v naši raziskavi, saj so se otroci vključili v institucijo največkrat zaradi postavljanja pogojev materi ali ko so bile potrebne krizne intervencije v družini. Ta odpor staršev pa lahko povezujemo prav s stigmatizacijo, strahom pred izgubo otroka in neozaveščenostjo o dostopnosti in vrstah pomoči.

V odnosu do strokovnih služb se kažejo prav občutki sramu, krivde in nezaupanja, saj so nekatere matere prav zaradi teh dejavnikov problem z odvisnostjo pogosto zanikale ali pa ga poskušale minimizirati, ker jih je bilo strah posledic razkritja. Zato je toliko bolj pomembno,

da so strokovne službe usposobljene za prepoznavo in ženske spodbujajo k temu, da bi spregovorile. Ob tem je pomemben zaupljiv odnos, zato do razkritja lahko pride šele, ko mati v odnosu dobi občutek varnosti. Intervjuvanke so imele najbolj pozitivno izkušnjo s tistimi programi, v katerih so imele dober delovni odnos vsaj z enim od strokovnih delavcev. Na odnos s strokovnimi službami so imele velik vpliv tudi pretekle pozitivne ali negativne izkušnje. Ugotavljamo, da se matere z negativnimi izkušnjami na vsak način želijo izogniti strokovni pomoči, medtem ko jo tiste z bolj pozitivnimi izkušnjami lažje sprejemajo tudi ob kriznih situacijah. Hkrati pa so intervjuvanke večkrat poudarile, da pri strokovnih službah niso dobile ustrezne spodbude in podpore, ki bi jih usmerjala v spremembe. Lahko sklepamo, da strokovni delavci niso verjeli v to, da bi do spremembe sploh lahko prišlo. V sistemu pomoči tudi niso dobile dovolj informacij že v nosečnosti (kako droga vpliva na otroka, NAS pri otroku). Kot pravi Urek (2005), so uporabnice drog, ki so predstavljene kot neprimerne matere, iz sistema pomoči izključene in neslišane, saj se tudi strokovni delavci lahko ujamejo v past potrditve moralne kode neustrezne matere, ki lahko postane temeljni kamen, na katerem temelji zgodba klientke, in sicer tako, da določena kategorija postane nesporno dejstvo. Gre za kategoriziranje, ko strokovni delavci iščejo dogodke in dejstva, ki bi ustrezala specifični zgodbi neustrezne matere. Njihova pozicija moči je precej šibka v primerjavi z močjo strokovnih služb, v odnosu do katerih ostanejo brez glasu in neslišane. Prav označevanje za ne dovolj dobre matere določa vrsto in smer intervencij.

Čeprav literatura in tudi strokovni delavci priznavajo pomen zgodnje prepoznave in zgodnje pomoči družini, ki bi preprečila težave v družini, v slovenskem prostoru ni na voljo tovrstnih programov, saj se obstoječi izogibajo uporabnicam drog (aktivnim uživalkam, materam na nadomestni vzdrževalni terapiji), ker tudi na tem področju veljajo določeni stereotipi in predsodki. Velikokrat so spregledani tudi otroci, saj tudi zanje v programih pomoči na področju odvisnosti ni prostora oziroma je to obrobnega pomena. Otrok postane središče obravnave, ko se problemi v družini stopnjujejo do te mere, da so potrebni drastični ukrepi. Torej se sistem pomoči najbolj aktivira ob visoki ogroženosti otroka, pred tem se službe manj vključujejo v družino in se manj trudijo uporabnice privabiti v sistem obravnave, saj dokler so ženske za družbo »dovolj dobre matere«, ki igrajo svojo dodeljeno vlogo v družbeni reprodukciji, so njihove potrebe depolitizirane in veljajo za nepomembne v smislu socialne podpore, saj tiste, ki so odvisne od drog, niso vredne podpore javnosti (Ettore, 2010). Takrat se jih šele začne spodbujati in motivirati ali celo kaznovati, prej pa so lahko bili vrsto let tako matere kot njihovi otroci nevidni in spregledani.

V raziskavi tudi ugotavljamo, da so pri obravnavi zanemarjanja otrok v družini strokovni delavci usmerjeni predvsem v materino krivdo, osredotočajo se na njene pomanjkljivosti, ne pa njen potencial in prizadevanje, da s svojimi viri moči poskuša naredi najboljše za otroke. Matere kot glavne skrbnice so tudi polno odgovorne za zanemarjanje otrok, očetje pa so iz tega večkrat izključeni, tudi če sta v družini prisotna oba starša. Z razkritjem odvisnosti in drugih težav v družini pri zaščiti otroka matere ostajajo odgovorne, obsojane in kaznovane, medtem ko očetje ostajajo nevidni za intervencije. Matere ne dobijo ustrezne podpore predvsem takrat, ko je otrok odvzet iz družine, saj so potrebe matere v diskurzu družine manj pomembne. Uporabo drog pri materi strokovne službe prepoznavajo kot najpomembnejši dejavnik za izgubo skrbništva nad otroki. Identiteta odvisnice tako postane prevladujoča in prekrije identiteto matere.

V empiričnem delu raziskave ugotavljamo, da so tudi znotraj institucij problem različni pogledi na uporabnice drog ter na odvisnost in različne prioritete (zagovarjanje pravic uporabnice ali pravic in koristi otroka, odvisnost kot bolezen ali vedenje, anonimnost, profesionalna slepota). Primanjkuje celostna obravnava, saj ni enotnih smernic in protokolov, ki bi pomagali strokovnim delavcem pri usmeritvah v postopku pomoči, ampak vsak deluje po svojih metodah dela in pristopih, kar vnaša v sistem pomoči precej zmede tako na strani uporabnic kot tudi strokovnih delavcev (razmejitve odgovornosti, neizmenjava informacij, kaj mora uporabnica narediti, da obdrži ali dobi otroka). Problem je tudi pomanjkljivo znanje o uživalkah drog, o nosečnosti in materinstvu, kar pomeni, da vsak oblikuje svoje zahteve (različni pogledi na odvisnost – enim je dovolj, da je uporabnica stabilna na nadomestni vzdrževalni terapiji, nekateri zahtevajo abstinenco). Weaver, Chang, Clark in Ree (2007) so v svoji raziskavi ugotavljali, da boljše izide dosežejo tisti programi, ki temeljijo na virih moči in okrevanju. Po mnenju strokovnjakov je izobraževanje strokovnega osebja najpomembnejši dejavnik pri izboljšanju odnosa z uporabnicami. Pri tem je nujno, da razumejo socialno konstrukcijo materinstva pri materah, njihov sram in krivdo, etično odgovornost, politiko na področju drog. S tem pa se zmanjšajo stereotipi in predsodki o materah in uporabnicah.

Pri večini strokovnih služb je droga dominantni diskurz pri obravnavi mater uporabnic drog, zato je materina konstrukcija realnosti pogosto prezrta in spregledana in ni vključena v oceno tveganja, saj se strokovni delavci postavljajo v vlogo strokovnjakov na področju varstva družine. Odnos med strokovnimi službami in materjo velikokrat temelji na materini krivdi, pozitivna identiteta matere pa je oškodovana z dominantnim diskurzom, da so uporabnice drog slabe matere. Po mnenju Krane in Davis (2000) bi strokovni delavci morali sprejeti to, da

najboljše za otroka ni v nasprotju s tem, kar je najboljše za mater. Pozitivna ocena tveganja bi morala temeljiti na virih moči družine, med katerimi je najpomembnejši odnos med materjo in otrokom. Kot ugotavljamo v raziskavi in kar potrjujejo tudi strokovnjaki (Greenfield, 2007; Grella, 2015), ima otrok pomembno vlogo pri okrevanju matere, zato je tudi v postopku pomoči pomembno temu nameniti posebno mesto.

13 ZAKLJUČEK

Ženske – nosečnice, matere – so v sistemu pomoči ranljiva skupina, ki se sooča z različnimi dejavniki tveganja, ki jih pogosto spremljajo že od otroštva. Ko pa zanosijo in postanejo matere, se njihova identiteta zoži samo na materinstvo in na dejstvo, da svoje reproduktivne in vzgojne naloge ne opravljajo dovolj dobro. Z materinstvom drugi dejavniki tveganja, kot so revščina, nasilje, ovire v obravnavi, socialno-ekonomski status, postanejo drugotnega pomena, saj je v diskurzu odvisnosti vloga materinstva stigmatizirana in etiketirana kot propadla družbena identiteta in preseže vse druge vidike. V sistemu pomoči je materinstvo v svetu drog z vidika družbe še vedno najbolj problematična vloga ter ožigosana, diskriminirana in nadzorovana. Stigma ostane tudi takrat, ko ženske prenehajo uživati droge in vstopijo v proces okrevanja, saj gre za kronično bolezen, ki se lahko ponovi kadarkoli. V tem primeru ženska še vedno ostaja potencialno ogrožajoča za družbo oziroma ogroža reprodukcijo, saj lahko v vsakem trenutku začne ponovno jemati drogo.

Vendar je vsaka ženska, nosečnica in mati individualna in kompleksna, zato ne moremo posploševati značilnosti na celotno populacijo in utrjevati stereotipov in predsodkov, ki imajo negativen vpliv tako na otroka kot mater, pač pa je treba vsak primer obravnavati posebej ter izhajati iz njihovih specifik tako na področju dejavnikov tveganja kot varovalnih dejavnikov.

Oblike pomoči, ki jih potrebujejo matere uporabnice drog

Na začetku smo si postavili vprašanje, kako oblikovati koncepte pomoči, ki bi odgovorili na potrebe mater in njihovih otrok, in to še vedno ostaja zelo kompleksno vprašanje. Kot smo že večkrat poudarili, se ženske, nosečnice in matere, uporabnice drog, tako v času aktivnega uživanja drog in tudi po že vzpostavljeni abstinenci soočajo s stigmatizacijo in diskriminacijo, saj se odvisnost od prepovedanih drog še vedno velikokrat pripisuje osebnemu in moralnemu neuspehu in izgubi samonadzora. Soočajo se tudi z diagnozo kronične bolezni, ki jo spremljata specifičen življenjski slog in vedenje. Zato poskušajo uporabo drog velikokrat zanikati in prikriti tudi, ko se znajdejo v hudih življenjskih stiskah. Kot pravi Zaviršek (2000), se pri obravnavi ranljivih skupin hkrati dogajata dva procesa, in sicer ko gre za njihove potrebe po storitvah ustreznih služb, so po eni strani patologizirane in hkrati tudi spregledane, Z drugimi besedami, enkrat dobijo »preveč«, drugič pa »premalo« podpore in pomoči.

V procesu pomoči bi bila torej potrebna celostna obravnava z multidisciplinarnim načinom dela, pri katerem so vsi strokovni delavci soodgovorni za izid v družini skupaj z uporabnico in njeno družino. Še pred tem bi bilo treba odpraviti ovire v obravnavi, zaradi katerih uporabnica ne išče pomoči, se je izogiba ali nima dovolj dobrih pogojev, da bi se vanjo vključila. Pomembno je sodelovanje z drugimi institucijami, ki so usposobljene za delo z materami uporabnicami drog, treba je usposablјati strokovni kader za večjo občutljivost pri prepoznavanju odvisnosti in drugih problematik, spodbujati je treba vzpostavitev rutinskih postopkov za prepoznavanje odvisnosti ter odzivne in občutljive javne službe (Leskošek in drugi, 2013). Pomembno bi bilo, da bi na odvisnost gledali kot na še en problem znotraj kompleksne družinske situacije, ne pa da postane glavni protagonist v življenju matere, njenega otroka in družine. V raziskavah se je kot najbolj učinkovita pomoč izkazalo to, da so imele matere možnost dostopa do različnih vrst pomoči (prenatalne oskrbe, starševskih veščin, obravnave odvisnosti) na isti lokaciji z istim timom, ki ves čas sodeluje, si izmenjava informacije in deluje na podlagi vnaprej narejenih individualnih načrtov pomoči (NICE, 2011). Raziskava Granta, Grahama, Ernsta, Peavya in Browna (2014) je pokazala pomen reintegracije po izteku bolnišničnega zdravljenja in usmerjenost v družinsko pomoč. Rezultati so pokazali, da so matere, ki so jim bili otroci odvzeti, bolj intenzivno začele uživati drogo, pri njih so bile različne oblike samodestruktivnega vedenja pogostejše. Če pa so bile deležne intenzivne obravnave z možnostjo vrnitve otrok, so se prej vključile v sistem pomoči, imele so manj težav v duševnem zdravju, dlje časa so abstimirale, si našle zaposlitev, kar lahko potrdimo tudi v naši raziskavi. Dejstvo je, da si matere želijo ustrezno vzgajati otroke, zato se v okviru možnosti in veščin, ki jih imajo, tudi same trudijo, da bi bile čim boljši starši. Ker se zavedajo primanjkljajev na področju starševstva, se tudi v postopku obravnave želijo naučiti, kako ravnati drugače. Izrazile so tudi, da se želijo naučiti starševskih veščin, predvsem kako postaviti mejo, kako biti bolj potrpežljive v odnosu do otrok in se znati bolj vživeti v potrebe otroka.

Oblikovati je treba koncepte pomoči, ki temeljijo na suportivnem, neobsojajočem pristopu, ki bo v sistem pomoči pridobil čim več mater, kjer bodo sistemi pomoči, tudi CSD, predstavljeni kot akterji, ki si prizadevajo, da bi družina ostala skupaj, ne pa da se vključijo v družino šele v kriznih situacijah, zato sta pomembna zgodnja prepoznavna in spoznavanje družine v njeni kompleksnosti in individualnosti. Šele na ta način lahko vstopamo v družino z zaupanjem in tudi v primerih, ko matere ne zmorejo doseči sprememb, lahko izvedemo ukrepe, ki so v

korist vsej družini, s ciljem da otrok, mati in družina dosežejo kakovost življenja, ki si jo želijo in ustreza njihovem razvojnemu, socialnemu in ekonomskemu položaju.

Zato bi morali na področju politike, smernic obravnave v slovenskem prostoru oblikovati antidiskriminatorne prakse, ki bi vplivale na zmanjšanje stigmatizacije. Diskriminacijo lahko zmanjšujemo s tem, da krepimo uporabnice ter izhajamo iz njihovih virov moči. Uporabnice je treba vključiti v vse faze načrtovanja in odločanja v službah in storitvah, ki jih potrebujejo. Eden od načinov za zmanjševanje stigme je povečanje tako imenovane pismenosti, ki se nanaša na znanje, prepričanja, stališča o uporabnicah prepovedanih drog in pomaga pri njihovem prepoznavanju, obravnavi in preventivi. Prav tako je pomembno ozaveščanje javnosti in povečevanje znanja. Stigmatizacija na področju duševnega zdravja je torej manjša, če je vzpostavljena mreža služb in storitev, ki odgovarjajo na potrebe matere in njene družine z dokazano uspešnimi metodami pomoči, če se zagotovita čim boljša socialna vključitev in sodelovanje uporabnic kot partnerk v postopku uvajanja sprememb (Majcen, 2015).

V sistem obravnave odvisnosti od prepovedanih drog je treba vključiti tudi feministično filozofijo, ki izpodbija koncept usode biološkega spola. S prepoznavanjem in spoštovanjem razlik feministični pristop spodbuja opolnomočenje in zagotavlja možnosti za vse in poskuša preseči dihotomno razmišljanje. Z vključitvijo feministične teorije bi postal program bolj odziven na posebne potrebe žensk; treba bi bilo vpeljati ekološko perspektivo, ki prepoznava različnost in spodbuja krepitev moči (Bepko, 1991; Abbot, 1994; Ettore in Cambell, 2011). Večjo pozornost je treba nameniti ženskam uporabnicam drog v celotnem življenjskem ciklu ter dejstvu, da potrebe žensk segajo tudi izven njihove reproduktivne funkcije. Kot poudarjata tudi Cambell in Ettore (2011), sprememb v politiki in obravnavi žensk, nosečnic in mater uživalk drog ne bo, dokler ne bodo popolnoma osvobojene kaznovanja, stigmatizacije in prisile ter manj povezane z uveljavljenimi spolnimi družbenimi normami.

Potrebno bi bilo sistemsko in celostno reševanje problematike na področju uporabe drog med ženskami, nosečnicami in materami na vseh ravneh družbenega delovanja. Na makro oziroma družbeni ravni z ustreznim političnim, zakonodajnim urejanjem, na mezo oziroma institucionalni ravni z ustreznimi protokoli, stališči do uporabnic in njene družine ter na mikro ravni z ozaveščanjem posameznice o njenih pravicah, odgovornostih, oblikah pomoči in virih moči. Ženske bi morali spodbujati k manj destruktivnim oblikam življenjskega sloga ter dati odgovornosti in pravice tudi očetom in drugim skrbnikom, ki vstopajo v družino in ravno tako prispevajo k tej kompleksnosti. Ustrezna obravnava matere uporabnice drog je varovalni

dejavnik in priložnost za razbitje transgeneracijskih vzorcev in neustreznega starševstva ter prispeva k boljšim izidom za otroke in navsezadnje zmanjšuje državne stroške.

Na področju raziskovanja ženske odvisnosti pa potrebujemo različne pristope. Potrebujemo multidisciplinarne analize, v katerih bi odvisnost od drog med ženskami raziskovali bolj celovito, s prepletom družbenih, ekonomskih, kulturnih, političnih razsežnosti življenja žensk uživalk. Dosedanje raziskave, ki se osredotočajo predvsem na razlike med spoloma, viktimizacijo ter starševsko odgovornost, zamegljujejo to kompleksnost (Martin in Aston, 2014).

Če strnemo, je treba glavne spremembe narediti na teh področjih: odpraviti predpostavke o spolni neskladnosti, ki nepravilno stigmatizirajo ženske, posebno nosečnice in matere; obrniti raziskovalno in politično pozornost od individualnega diskurza, ki se osredotoča na žensko patologijo, in se namesto tega usmeriti tudi na vprašanje strukturnih ovir, kot so revščina, razred, spol, ki prispevajo k etiologiji odvisnosti; oblikovati modele zdravljenja odvisnosti, ki so spolno občutljivi in ponujajo varen prostor, kjer lahko ženske govorijo o travmatičnih izkušnjah, oziroma oblikovati feminističen model zdravljenja, ki se osredotoča na specifične ženske potrebe in ovire in je občutljiv za žensko različnost glede spola, kulture, ekonomije; oblikovati modele zdravljenja, utemeljene na virih moči, ki popolne odgovornosti za okrevanje ne dajejo posameznici, pač pa poudarek namenjajo strukturnim vprašanjem, ki so povezana z okrevanjem; zagotoviti zdravljenje, pri katerem je poskrbljeno za varstvo otrok, tudi po zdravljenju; spodbujati interdisciplinarno sodelovanje med različnimi ustanovami, vključenimi v obravnavo, ter zagotoviti stalno usposabljanje in izobraževanje strokovnega osebja.

Aplikabilna vrednost doktorske disertacije je v prepoznavanju kompleksnosti problema in bo pripomogla k ocenjevanju dejavnikov tveganja, njihovem prepoznavanju in zaznavanju ter je pripomoček za razvoj metod za ocenjevanje tveganj in preventivno delovanje medresorskega ravnanja ter načine, kako jih integrirati tudi v slovenski prostor. Pomembno je dodatno in poglobljeno proučevanje obravnavane problematike, saj je ta skupina v slovenskem prostoru še vedno neraziskana. V nadaljevanju je pomembno raziskovati in analizirati dejavnike tveganja, da bi bolje zaščitili matere, otroke in njihove družine ter tako bolj učinkovito preprečevali zanemarjanje in morda prispevali k večjemu vključevanju v različne skupnosti, institucije in družbo v celoti.

14 LITERATURA

Abbot, A. A. (1994). A feminist approach. A substance abuse treatment and service delivery, *Social work and health care*, 19(3-4), 67-83.

Alison, L. (2000). What are the risk for children of parental substance misuse? V F. Harbin (ur.), *Substance misuse and child care. How to understand, assist and intervene when drugs affect parenting* (str. 333-365). London: Russel House.

Anderson, T. (2008). *Neither villain nor victim. Empowerment and agency among women substance abusers*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Annis, H. M. (1990). Relapse to substance abuse. Emperical findings within a cognitive social learning approach. *Journal of psychoactive drugs*, 22(2), 117-124.

Antič Gaber, M. (2012). *Onkraj binarnosti in dihotomij. Ženske študije in študije spolov v Sloveniji*. Dostopno prek https://www.academia.edu/5548204/Onkraj_binarnosti_in_dihotomij

Antič Gaber, M., Humer, Ž., Gaber, S., Podreka, J., Rožman, S. in Gag, P. (2015). *Zahtevna razmerja, spol, strukturne ovire in priložnosti*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

APA (2013). American Psychological association. *Annual convention report*, 44(8), 23-45.

Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Helath&Illnes*, 17(3), 393-404.

Arpa, A. (2017). *Women who use drugs: Issue, needs, responses, challenges and implications for policy and practis*. Dostopno prek http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6235/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Women-who-use-drugs.pdf

ASAM (2011). *The ASSAM essential of addiction medicine. Second Edditon*. New York:

William&Lincott.

Avramov, D. (1993). *Homelesses in European Union*. Brussels: Feantasa.

Baldock, E. (2007). Grandparents raising their grandchildren because of alcohol and other drug issues. *Family Matters*, 76, 71-80. Dostopno prek <https://aifs.gov.au/sites/default/files/eb.pdf>

Balsamo, A. (1996). *Tehnologies of gendered body, reading cyborg women*. Durham: Duke University Press.

Bammer, G. in Smithson, M. (2008). *Uncertainty and risk. Multidisciplinary perspective*. London: Earthscan.

Basnet, S., Omjeka, I. N. in Tihonen, J. (2015). Characteristic of drug abusing females with or without children seeking treatment in Helsinki. *Journal of Public Health*, 43(3), 221-228. Dostopno prek <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494814567754>

Batas, R. (2004). Življenje v družini na robu revščine. *Vita* 5(6). Dostopno prek https://www.revijavita.com/index.php?stevilkavita=44&naslovclanek=%C5%BDivljenje_v_dru%C5%BEini_na_robu_rev%C5%A1%C4%8Dine

Bauman, Z. (2002). *Tekoča moderna*. Ljubljana: Založba *cf:

Beck, U. (1995). *Ecological politics in an age of risk*. Cambridge: Polity Press.

Beck, U. (2001). *Družba tveganja – na poti v neko drugo moderno*. Ljubljana: Krtina.

Beck, U. (2009). *World at risk*. London: Polity Press.

Beck, U. in Beck-Gernsheim, E. (1995). *The Normal Chaos of Love*. Oxford: Polity.

Beck, U. in Beck-Gernsheim, E. (2006). *Popolnoma normalni kaos ljubezni*. Ljubljana:

Fakulteta za družbene vede.

Beck, U. in Beck-Gersheim, E. (2002). *Individualization: Institutionalized individualism and its social and political consequences*. London: Sage Publication.

Beckhaus, L. (2009). *Grandparents raising their grandchildren, impact of the transition from a traditional grandparents role to a grandparent as parent role* (doktorska disertacija).

Dostopno prek

<https://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?referer=http://us.yhs4.search.yahoo.com/&httpsr edir=1&article=1081&context=theses>

Benoit, C. in Roustide, J. (2016). *Improving the management of violence experience by women who use psychoactive substance*. Council of Europe: Strasburg. Dostopno prek <https://rm.coe.int/improving-the-management-of-violence-experienced-by-women-who-use-psyc/168075bf22>

Benoit, C., Magnus, S., Phillips, R., Marcellus, L. in Charbonneau, S. (2015). Complicating the dominant morality discourse: mothers and fathers constructions of substance use during pregnancy and early parenthood. *International Journal Equity Health*, 14, 72-83. Dostopno prek <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4548907/>

Benoit, C., Stengel, C., Marcellus, L., Hallgrimsdottir, H., Anderson, J., MacKinnon, K., Phillips, R. in Charbenau, S. (2014). Providers constructions of pregnant and early parenting women who use substance. *Sociology of Health & Illnes*, 35(2), 252-263. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12106>

Bepko, C. (1991). *Feminism and addiction*. New York: Haworth Press.

Bernard, M. (2005). *Moda kot sporazumevanje*. Ljubljana: Sophia.

Bernard, M. in Barlow, J. (2003). Discovering parental drug dependence, resilience and disclosure. *Child Society*, 17, 45-56.

Bessett, I. V. in Walensky, R. P. (2010). Integrating HIV screening into routine health care in resource- limited settings. *Clinical Infections Disease*, 50(3), 77-84. Dostopno prek <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3515844/>

Blakey, J. M. (2014). We are all this together. Moving toward an interdisciplinary model of practise between child protection and substance abuse treatment professionals. *Journal of Public Child Welfare*, 8(5), 491-451. <https://doi.org/10.1080/15548732.2014.948583>

Blume, S. B. in Zilberman, M. L. (2005). *Addiction in women*. Washington DC: America Psychiatric Press.

Bordo, S. (2003). *Unbearable weight: feminism, Western Culture and the Body*. Berkeley: University of California Press.

Borell, J. L., West, J. L., Decoste, C. in Suchman, N. E. (2012), Emotionally avoidant language in the parenting interviews of substance. dependent mothers. Association with reflective functioning, recent substance use and parenting behaviour. *Infant Mental Health Journal*, 33(5), 505-519. <https://doi.org/10.1002/imhj.21340>

Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. V J. G. Richardson (ur.), *The handbook theory and research for the sociology of education* (str. 281-290). Westport: Greenword Press.

Bourdieu, P. (2010). *Moška dominacija*. Ljubljana: Sophia.

Boyd, S. C. (1999). *Mothers and illicit drugs. Transcending the myths*. Toronto: University Toronto Press.

Boyd, S. C. (2004). *From witches to crack whores. Women, drug, law and policy*. Durham: Carolina Academic Press.

Brady, T. M. in Ashley, O. S. (2005). *Women in substance abuse treatment. Results from the alcohol and drug services study*. New York: HHS Publication.

Braidotti, R. (1994). Signs of wonder and trace of doubt: a teratology and embodied differences V J. Price in M. Schildrik (ur.). *Feminist theory and the body* (str. 290-301). Edinburg: Edinburg University Press.

Braidotti, R. (1998). Koncept spolne razlike. *Delta*, 3-4, 59-72.

Braidotti, R. (2002). *Metamorphoses. Towards of feminist theory of becaming*. Cambridge: Polity Press.

Brecht, M. L., Anglin, M. D, in Dylan, M. (2005). Coecered treatment for methamphetamine abuse. Differential patient characteristic and outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(2), 337-356.

Briggs, C. A. in Pepperell, J. (2009). *Women, girls and addiction*. London: Routledge.

Brown, S., Hick, L. M. in Tracy, E. M. (2016). Parenting efficacy and support in mothers with dual disorder in substance abuse treatment program. *Journal of Dual Diagnosis*, 12(3-4), 227-237. Dostopno prek <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5173330/>

Brown, T. G., Seraganian, P., Trembely, J. in Annis, H. (2002). Matching substance misuse after care treatment to client characteristic. *Addictive Bahaviour*, 27(4), 585-604.

Burkitt, I. (1999). *Bodies of thought. Embodiment Identity & Modernity*. London: Sage Publication.

Burton- Jeangros, C., Cavalli, S. in Hammer, R. (2013). Between tolerable uncertainty and unacceptable risks: how health professionals and pregnant women think about the probbabilities generated by parental screening. *Health, Risk & Society*, 15(2), 144-161.

Butler, J. (2001). *Težave s spolom. Feminizem in subverzija identitete*. Ljubljana: Škuc.

Calhoun, S., Conner, E., Miller, M., Messina, N... Connners, D. (2015). Improving the

outcomes of children affected by parental substance abuse: a review of randomized controlled trials. *Substance abuse and rehabilitation*, 13(2), 15-24.

Cambell, N. D. (1999). Regulating maternal instinct governing mentalities of late 20 century US. *Illicit Drug Policy*, 24(4), 895-923.

Canfield, M., Radcliffe, P., Marlow, S., Boreham, M. in Gilchirst, G. (2017). Maternal substance and child protection a rapid evidence assessment of factors associated with loss of child care. *Child Abuse & Neglect*, 70(8), 11-27. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.005>

Castel, R. (1991). From dangerouess to risk. V G. Burchell in C. Gordon (ur.). *The Foucault effect studies in governmentality* (str. 233-245). London: Harvester/Wheatsheaf.

Chan, K. L. (2012). Evaluating the risk of child abuse. The child abuse risk assesmetn scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(5), 951-973. <https://doi.org/10.1177/0886260511423252>

Cleaver, S., Cleaver, D. in Tarr, D. (2007). *Child protection, domestic violence and parental substance misuse. Family experiences eand effective practise*. London: Jessica Kingsley Publisher.

Cleaver, U., Unell, H. in Aldgate, J. (2011). *Children needs – Parenting capacity, child abuse, Parental Mental illness, learning disabilitiy and domestic violence* Norwich: STO.

Condrad, P. (2003). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209-232. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>

Connell, R. (2012). *Moškosti*. Ljubljana: Krtina.

Connell, R. (2009). *Gender in World Pespective*. Cambridge: Malden Polity Press.

Coomber, R. (2006). *Pusher myths. Resituating the drug dealer*. London: Free association

Books.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614-625.

Covington S. S (2007). *Women and addiction. A gender responsive approach*. Center city Hazelden.

Covington, S. S. (2008). *Helping women recover. A program for treating addiction*. New York: Jossey Bass Publishers.

CPZOPD (2017). *Ankete o pridobivanju podatkov o nosečnicah uživalkah drog, ki so vključene v program CPZOPD*. (Interno gradivo).

Čebašek Travnik, Z. (2006). Organizacija zdravljenja odvisnosti alkohola v Sloveniji. V D. Boben Bardutzky in Z. Čebašek Travnik (ur.). *Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola, učbenik in smernice* (str. 52-60). Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.

Černič Ištanič, M. (1998). Proces oblikovanja družine v Sloveniji. *Teorija in praksa*, 40 (1/2), 45-65.

Daley, T. T., Larkby, C., Daley, D. C. in Yenerall Morrow, L. A. (2006). Childhood abuse and psychiatric impairment in a sample of welfare to work women. *Children and youth services review*, 28(12), 1528-1541.

Dauber, S., Neighbors, C., Dasaro, C., Riordan, A. in Morgestern, J. (2012). Impact of intensive case management on child welfare system involvement for substance-dependent parenting women on public assistance. *Children and youth services review*, 34(7), 1359-1369. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.03.020>

de Beauvoir, S. (2010). *Drugi spol 1*. Ljubljana: Delta.

de Beauvoir, S. (2010). *Drugi spol 2*. Ljubljana: Delta.

Dean, M. (1999). Risk, calculable and incalculable. V D. Lupton (ur.), *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives* (str. 131-159). Cambridge: Cambridge University Press.

Department of health (2011). *A summary of the health harms od drug*. Liverpool: Tehnical document University of Liverpool.

DNK (2015). *Nasilje nad otroki*. Dostopno prek <https://www.drustvo-dnk.si/o-nasilju/nasilje-nad-otroki.html>

Doab, A., Flower, C. in Dawson, A. (2015). *Factors that influence mother child reunification for mothers with a history of substance use. A systematic review on the evidence to inform policy and practise in Australia*. Dostopno prek <https://opus.lib.uts.edu.au/bitstream/10453/36516/3/Doab%20et%20al%202014.%20Manuscript%20revised.pdf>

Dominelli, L. (2002). *Feminist social work. Theory and practise*. Hampshire: Palgrave.

Douglas M. 2010). *Čisto in nevarno; analiza konceptov nečistosti in tabuja*. Ljubljana. Študentska založba.

Douglas, H. in Walsh, T. (2009). Mothers and child protection system. *International Jorunal of political the Family*, 23(2), 211-229. <https://doi.org/10.1093/lawfam/ebp004>

Douglas, M. (1992). *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*. London: Routledge.

Douglas, M. (1997). The depoliticization of risk. V R. J. Ellis & M. Thompson (ur.), *Culture matters: Essays in honor of Aaron Wildavsky* (str. 121-32). Boulder: Westview Press.

Douglas, M. in Wildavsky, A. B. (1982). *Risk and Culture: An essay on the selection of*

technical and environmental dangers. Berkeley: University of California Press.

Dragoš, S. (2013). Teorije revščine. *Mladina*. Dostopno prek <https://www.mladina.si/120746/teorije-revscine>

Drglin, Z. (2003). *Rojstna hiša, kulturna monotonija poroda*. Ljubljana: Delta.

Drglin, Z. (2007). »Vse najboljše za rojstni dan! Ranljivost in moč žensk v sodobnih porodnih praksah.« V Drglin Z (ur.) *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenksem* (str. 105-156). Koper: NIJZ.

Drglin, Z. (2009). *Obporodna zdravstvena skrb – vedno v dobro duševnega zdravja žensk*. Strokovno srečanje, duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo. Ljubljana: NIJZ.

Durand, L. S. in Lejeune, C. (2012). Polydrug use during pregnancy and neonatal outcomes, data for ten years retrospective French study. *Journal of Neonatal Nursing*, 18, 232-240.

EMCDDA (2012). *Pregnancy, childcare and the family. Key issues to response to drug*. 2012. Dostopno prek <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/children>.

EMCDDA (2014). *Pregnancy and opioid use: Strategies for treatment*. Dostopno prek <http://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/pregnancy-opioid-use>

EMCDDA (2016). *European drug report 2016. Trends and developments*. Dostopno prek http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2016_en

EMCDDA (2017). *European drug report 2017: trends and developments*. Dostopno prek http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2017_en

Ettore, E. (1992). *Women and substance abuse*. London: Macmillian Publishers.

Ettore, E. (2004). *Revisiiong women and drug use – gender sensitivity of pregnant*

embodiment and reducing harm. *International Journal of drug policy*, 15, 327-335.

Ettore, E. (2007). *Revising Women and Drug Use*. London: Palgrave.

Ettore, E. (2010). Bodies, drugs and reproductive regimes V D. Ettore (ur.), *Culture, bodies and and teh sociology of health* (str. 153-172). Farnham: Ashgate.

Ettore, E. in Cambell, N. D. (2011). *Gendering addiction. The politics of drug treatment in a neurochemical world*. New York: Palgrave Macmillian.

Ewald, F. (1991). Insurance and risks. In G. Burchell, C. Gordon in P. Miller P. (ur), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality* (str. 197-210). London: Harvester/Wheatsheaf.

Falleta, L., Hamilton, K., Fischbein, R., Auktman, J., Kinny, B. in Kenne, D. (2018). Perception of child protective services among pregnant and recently pregnant opioid using women in substance abuse treatment. *Child Abuse & Neglect*, 79, 125-135.

Farell, E. (2001). *Women, children, drug use*. Dublin: Drug misuse and drug division.

Feig, L. (1998). Understanding the problem. The gap between substance abuse programs and child welfere services. V T.P. Gullotta (ur.), *Substance abuse, family, violence and child welfere* (str. 62-95). London: Thousand Okas Sage.

Ferguson, D. M., Boden, J. M. in Horwood, L. J. (2012). Transition to parenthood and substance use disorder. Findings from a 30-year longitudinal study. *Drug and alcohol dependence*, 125, 296-300.

Finkelstein, N. (1994). Treatment for alcohol and drug dependent pregnant and parenting women. *Health and Social work*, 19(1), 7-15.

Finnegan, L .P. (2000). Treatment issues for opioid dependent women during the perinatal period. *Journal of Psychoactive drugs*, 23(2), 191-201.

Finnegan, L. P., Ehrlich, K. (1992). Maternal drug use during pregnancy: evaluation and pharmacotherapy for neonatal abstinence. *Modern Methods in Pharmacology. Testing Evaluation of Drugs of Abuse*, 6, 255-263.

Flaker V. (2013). *Direktno socialno delo*. Ljubljana: Založba *cf.

Flaker, V. (1999). Družbene okoliščine uživanja drog. *Teorija in praksa*, 36(5), 809- 819.

Flaker, V. (2002). *Skupnostni pristop k zmanjševanju škode povezanem z uživanjem drog*. Raziskovalno poročilo. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.

Flaker, V. (2002). *Živeti s heroinom 1. Družbena konstrukcija uživalca v Sloveniji*. Ljubljana: Založba *cf.

Flaker, V. (2002). *Živeti s heroinom 2. K zmanjševanju škode*. Ljubljana: Založba *cf.

Flaker, V. in Grebenc, V. (2007). *Ocenta tveganja ali ogroženosti*: Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. (interno gradivo).

Flavin, J. in Paltrow, L. M. (2013). Punishing pregnant drug using women: defying law, medicine and common sense. *Journal of addictive diseases*, 29(2), 231-244.
<https://doi.org/10.1080/10550881003684830>

Fletcher, R. (2006). Reproductive consumptions. *Feminist Theory*, 7(1), 23-35.
<https://doi.org/10.1177/1464700106061453>

Fong, K. (2017). Child welfare involvement and contexts of poverty. The role of parental adversities, social networks and social services. *Children and Youth Services Review*, 72, 5-13.

Forrester, D., Westake, D. in Gynn D. (2011). Parental resistance and social worker skills. Toward of theory of motivational social work. *Child and family social work*, 17, 118- 129.

Foucault M. (2004). *Nadzorovanje in kaznovanje. Nastanek zapora*. Ljubljana: Krtina:

Foucault, M. (1984) The politics of health in the eighteenth century. V P. Rabinow (ur.), *The Foucault Reader* (273-289). New York: Pantheon Books.

Foucault, M. (1991). *Vednost, oblast, subjekt*. Ljubljana: Krt.

Foucault, M. (1998). *Zgodovina seksulanosti 2. Uporaba ogodij*. Ljubljana: Škuc.

Foucault, M. (1999). *Religion and culture*. New York, London: Routledge.

Foucault, M. (2000). *Zgodovina seksualnosti 1. Volja do znanja*. Ljubljana: ŠKUC.

Fraser, S. in Moore, D. (2011). Governing thought problems. The formulation of policy on amphetamine-type stimulants in Australia. *International Journal of Drug Policy*, 22, 498-506.

George, O., LeMoal, M. in Koob, G. (2012). Allostasis and addiction. Role of the dopamine and corticotrapin – relasing factor system. *Physhology & Behaviour*, 106(1), 58-64.

Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Cambridge: Polity Press.

Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identitiy self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press.

Giddens, A. (1992). *The Transformation of intimacy: Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies*. Cambridge: Polity Press.

Giddens, A. (2000). *Preobrazba intimnosti; spolnost, ljubezen in erotika v sodobnih družbah*. Ljubljana; Založba *cf.

Giddens, A. (2006). *Sociology*. 5th eddition. Cambridge: Polity Press.

Glaser, B. G. in Strauss, A. L. (1967). *The discover of grounded theory. Strategies for qualitative researchs.* Dostopno prek http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf

Goffman, E. (2008). *Stigma. Zapiski o upravljanju poškodovane identitete.* Maribor: Aristej.

Gordon, C. (1991). Governmental rationality. An introduction. V G. Burchell in C Gordon (ur.), *The Foucault effect. Studies in governmentality* (str. 1-52). Hmele Hmested: Harvester Wheatsheaf.

Grant, T., Graham, J. C., Ernst, C. C., Peavy, K. M. in Brown, N. N. (2014). Improving pregnancy outcomes among high-risk mothers who abuse alcohol and drugs: factors associated with subsequent exposed births. *Children and Youth Services Review*, 46, 11-18. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2014.07.014>

Green, C. A. (2006). Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol, Research and Health*, 2, 55-62.

Greenfield, S. F., Beck, S. E., Lawson, K. in Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 339-335. Dostopno prek <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20385341>

Greenfield, S. F.; Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K..... Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment, entry, retention and outcome in women . A review of the literature. *Drug and Alcohol dependence*, 86(1), 113-124. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012>

Grella, C. E. (2015). Gender responsive treatment approaches for women with substance use disorders. V A. L. Oneil in J. Lucas (ur.), *DAWN drugs and alcohol women network. Promoting an gender responsive approach to addciton* (str. 45-76). Turin: UNICRI.

Grella, C. E. in Joshi, V. (1999). Gender differences in drug treatment careers among client in

the national drug abuse treatment. Outcomes study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(3), 385-395.

Grella, C. E., Hser, Y. I. in Huang, Y. C. (2006). Mothers in substance abuse treatment. Differences in characteristic based on involvement with child welfare services. *Child abuse & Neglect*, 30(1), 55-73.

Grella, C. E., Scott, C., Foss, M. in Dennis, M. (2008). Gender similarities and differences in the treatment, relapse and recovery cycle. *Evaluation Review*, 32, 113-137.
<https://doi.org/10.1177/0193841X07307318>

Grella, C.E., Needell, B., Shi, J. in Hse, Y. (2009). Do drug treatment services predict reunification outcomes of mothers and their children. *Child welfare substance abuse treatment*, 36(3), 278-293.

Grosz, E. (2008). *Neulovljiva telesa: H korporalnemu feminizmu*. Ljubljana: Emanat.

Hall, J. I. in Teijlingen, E. R. (2006). A qualitative study of an integrated maternity, drugs and social care service for drug using women. *Pregnancy and childbirth*, 6, 19-35.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-6-19>

Harp, K. L. H. in Oser, C. B. (2018). A longitudinal analysis of the impact of child custody loss on drug use and crime among a sample of African mothers. *Child Abuse & Neglect*, 77, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.017>

Hasenback, E. (2005). *Substance abuse recovery and reunification in the child welfare system. Mothers stories of success*. MST Dissertation. California State University.

Heavens, J. R., Simmons, L. A. in Shannon, L. M. (2009). Factors associated with substance use during pregnancy. Results from a national sample. *Drug Alcohol Dependence*, 99(1-3), 89-95.

Hočevar, A. (2005). *Preprečevanje rabe in zlorabe drog. Starši med stroko in ideologijo*.

Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.

Hogan, L. (1998). Maternal and parental drug misuse and outcomes for children; Identifying risk and protective factors. *Drug and alcohol review*, 5(3), 142-163.

Holdsworth, C. in Robinson, J. (2008). I have never let anyone hold the kids while they have got ciggies moral tales of maternal smoking practise. *Sociology of Health & Illness*, 30(7), 1086-1100.

Hooks, C. (2015). Paranoid or persecuted? The stigmatization of pregnant drug users. A literature Review. *The Practising Midwife*, 18(1), 14-18. Dostopno prek https://arro.anglia.ac.uk/700038/1/_anglia.local_fs_StaffHome_ch36_My%20Documents_writing_paranoid%20or%20persecuted_Hooks,%20

Horwitz, A. V. (2002). *Creating mental Illnes*. Chicago: University of Chicago Press .

Horwitz, A. V. in Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow in to depressive disorder*. New York: Oxford University Press.

Hser, Y. I., Lanza, H. I., Liu, L., Kahn, E., Evans, E. in Schulte, M. (2014). Maternal mental health and children internalizing and externalizing behaviors. Beyond maternal substance use disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 24(3), 638- 648. Dostopno prek <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4349431/>

Huges, R. (2007). *Drugs; Policy and Politics*. New York: Open University Press.

Hunt, A. in Wickham, G., (1994). *Foucault and Law: Towards a Sociology of Law as Governance*. Chichago: Pluto Press.

Hussong, A. M., Zucker, R. A., Wong, M. M., Fitzgerald, H. E., Puttler, L. I. in Chan, F. M. (2005). Social competence in children of alcoholic parents over time. *Development Psychology*, 41(4), 747-759. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.41.5.747>

Illuz, E. (2010). *Hladne intimnosti oblikovanja čustvenega kapitalizma*. Ljubljana: Založba Kritna.

Imber-Black, E. (1997). *Secret in family and family therapy*. London: SCM Press.

Inaba, D. in Cohen, W. (2011). *Uppers, downers, all arounders: Physical and mental effects of psychoactive drugs (7th. ed)*. Medford: CNS Publication.

Ingraham, C. (1996) The heterosexual imaginary. Feminist sociology and theories of gender. V S. Seidman (ur.), *Queer theory and sociology* (str. 168- 103). New York: Blackwell Publisher.

Jamnik, A. (2013). Pravična delitev dobrin. V M. Knep (ur.), *Obrazi revščine* (str. 4-8). Ljubljana: Družina.

Jeriček Klanšek, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. in Drnovšek, M. (2009). *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: NIJZ

Jimenez, A. M., Mollina, M. I. in Garica Plam, M. B. (2014). Gender bias and addiction and their treatment An overview from the social perspective. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 132, 92-99.

Jogan, M. (2014). *Sociologija in seksizem*. Ljubljana: Založba FDV.

Jones, H. E., Grady, K. E. in Tuten, M. (2011). Reinforcement based treatment improves to maternal treatment and neonatal outcomes of pregnant patients enrolled in comprehensive treatment. *American Journal Addiction*, 20(3), 196-204. Dostopno prek <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3084548/>

Jones, K. L. in Smith, D. W. (1999). Recognition of the foetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet*, 2, 999-1001.

Kalland, M. in Sinkkonen, J. (2001). Finnish children in foster care. Evaluating the breakdown of long term placements. *Child Welfare*, 80(5), 523:537.

Kaltenbach, K., Barghella, V. in Finnegan, M. D. (1998). Opioid dependence during pregnancy: Effects and management. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 25(1), 139- 151.

Kaltenbach, K., Holbrook, A. M., Coycle, M. G., Heil, S, H., Salisbury, A. L., Stine, S. M. in Jones, H. E. (2012). Predicting treatment for neonatal abstinence syndrome in infants born to women maintained on opioid agonist medication. *Addiction*, 107(S1), 45-52
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04038.x>

Kamin. T. (2006). *Zdravje na barikadah – dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kandall, S. (1999). *Substance and shadow. Women and addiction in the USA*. Cambridge: Harvard University Press.

Kaufman, S. E., Silver, P. in Poulin, J. (1997). Gender differences in attitudes toward alcohol, tobacco and other drugs. *Social Work*, 42(3), 231-242 <https://doi.org/10.1093/sw/42.3.231>

Kaysen, D., Simpson, T., Dilworth, T., Larimer, M .E., Gutner, C. in Resick, P.A. (2006). Alcohol problems and posttraumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of trauma and stress*, 19(3), 399-403. Dostopno prek
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2958431/>

Kazenski zakonik – KZ-1-UP2. (2012)., Sprejet v Državnem zboru Republike Slovenije, v veljavi od 14.junija. Dostopno prek <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2012-01-2065?sop=2012-01-2065>

Keenan, J. in Stapleton, H. (2010). Bonny babies? Motherhood and nurturing in the age of obesity. *Health Risk & Society*, 12(4), 369-383.

Kelly, A. B., O'Flaherty, M., Toumbouron, J. W., Connor, J. P., Hemphill, S. A. in Catalano, R. F. (2011). *Gender differences in the impact of families on alcohol use. A longitudinal study of early adolescents* *Addiction*, 106, 1427-1436 <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03435.x>

Kendall, G in Wickham, G. (1992). *Health and the social body*. V S. Scott, G Williams in S. Platt (ur.), *Private risks and public dangers* (str. 8-18). Aldershot: Avebury.

Kennedy, C., Finkelstein, N., Hutchins, E. in Mohny, J. (2004). Improving screening for alcohol and other drug use during pregnancy. *Maternal, Child and Health Journal*, 8(3), 137-147.

Kepple, N. J. (2018). Does parental substance use always engender risk for children? Comparing incidence rate ratios of abusive and neglectful behaviors across substance use behavior patterns. *Child Abuse & Neglect*, 76, 44-55
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.015>

Kimmel, A. J. (1988). *Ethics and values in applied social research*. Newbury Park: CA Sage.

Kitzinger, S. (1994). *Me matere*. Ljubljana: Ganeš.

Kitzman, K., Gaylord, N. K., Holt, A. R., Kenny, E. D. (2003). Child witness to domestic violence: *Journal of consulting and clinical Psychology*, 71(2), 339- 352.

Klee, H., Jackson, M. in Lewis, S. (2002). *Drug Misuse and Motherhood*. New York: Routledge.

Končina, M. (1991). *Pravni status zarodka*. Ljubljana: VB&S Ljubljana

Kondrad Čotar, S. (2005). Čustvena klima v družini. *Društvo psihologov Slovenije*, 14(4), 81-105.

Krane, J. in Davis, L (2000). *Mothering and child protection practise. Rethinkign risk*

assesment. *Child and family social work*, 5(1), 35-45.

Kristeva, J. (1982). *Powers of horror. An essay on abjection*. Dostopno prek <http://users.clas.ufl.edu/burt/touchyfeelingsmaliciousobjects/Kristevapowersofhorrorabjection.pdf>

Kroll, B. (2006). A family affair? Kinship care and parental substance abuse. Some dilemmas and explored. *Child & Family Social work*, 22(4), 17-34.

Kroll, B. in Taylor, A. (2003). *Parental substance misuse and child welfare*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Kuhar, M. (2004). *V imenu lepote. družbena konstrukcija telesne samopodobe*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kuhar, R. (2009). *Na križiščih diskriminacije*. Ljubljana: CIP.

Kukla, R. (2010). The ethics and cultural politics of reproductive risk warnings *Health Risk & Society*, 12(4), 45-67. Dostopno prek <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13698571003789708>

Kullar, S. (2009). *The social construction of substance using women in child welfare system*. (doktorska disertacija). Dostopno prek <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/graduateresearch/42591/items/1.0107462>

Kumpfer, K. L. in Johnson, J. L. (2007). Strengthening family interventions for the prevention of substance abuse in children of addicted parents. *Addictions*, 19(1), 13-25.

Kumpfer, L. (2001). Links between prevention and treatment for drug abusing women and their children. *Journal for Social Work Practise in the Addiction*, 1(2), 3-22.

Kvale, S. (1996). *Interviews; A introduction of Qualitative research Interviewing*. London:

Thousand Oaks.

Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. London: Sage Publications.

Kvaternik, I. (2006). *Politika drog, Pogledi uporabnikov in uporabnic*. Ljubljana: BOEX OTP.

Lala, S., Straussner, A. in Fewel, C. H. (2011). *Children of substance abusing parents. Dynamics and treatment*. London: Springer.

Lander, L., Hawser, J. in Byrne, M. (2013). The impact of substance abuse disorder on families and children: from theory to practise. *Social Work Public Health*, 80(1), 194-205. Dostopno prek <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3725219/>

Lee, N. in Motzkau, J. (2011). Navigating the biopolitics of childhood. *The childhood*, 18(1), 7-19. Dostopno prek <http://www.kingscollege.net/pomfret/4411/readings/Lee.pdf>

Lemke, T. (2004). Disposition and determinism – genetic diagnostic in risk society. *The Sociological Review*, 25(4), 550- 566.

Leskošek, V. (2000). Med nevtralnostjo in univerzalnostjo uporabe moškega slovničnega spola. *Časopis za kritiko znanosti*, 28, 200-201. Dostopno prek <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-46FZ5QYG/62df9c21-e579-4dbf-a6ec-bde235588c26/PDF>

Leskošek, V. (2002). *Zavrnjena tradicija*. Ljubljana: Založba cf.

Leskošek, V. (2016). *Imaginarij telesa Mesto žensk*. Dostopno prek <http://www.cityofwomen.org/sl/content/2015/vesna-leskosek-imaginarij-telesa>

Leskošek, V. in Dragoš, S. (2014). Social inequality and poverty in Slovenia – policies and consequences. *Družboslovne razprave XXX*, 87(6), 39-53.

Leskošek, V., Antič Gaber, M., Selišnik, I., Filipčič, K., Urek, M., Matko, K., Zaviršek, D., Sedmak, M. in Kralj, A. (2013). *Nasilje nad ženskami v Sloveniji*. Ljubljana: Založba Aristej.

Lester, B. M. in Lagasse, L. L. (2010). Children of addicted women. *Journal of addictive diseases*, 29, 259-276. <https://doi.org/10.1080/10550881003684921>

Lester, B. M., Appiah, L. in Andreozzi, L. (2004). Substance use during pregnancy. Time to policy to catch up with research. *Harm reduction Journal*, 1(1), 5-18.

Lindesmith, A. R. A. (1969). Symbolic interactionist view of addiction. V A. R. Lindesmith in A. L. Strauss (ur.), *Social psychology* (str. 176-191). New York: Nirehart and Winston.

Lipsky, S., Krupski, A., Roy, B., Byrne, P., Lucenko, B., Mancuso, D. in Huber, A. (2010). Effect of co-occurring disorders and intimate partner violence on substance abuse treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(3), 231-44.

Lloyd, C. (2013). The stigmatization of problem drug users. *A narrative literature review of drugs*, 8, 5-15.

Longhurst, R. (2008). *Maternities: gender, bodies and space*. New York: Routledge.

Lorber, J. (1994). *Paradoxes of Gender* New haven. Yale: University Press.

Lukšič, I. (1999). Droga kot politično razmerje. *Teorija in praksa*, 36(5), 820-826. Dostopno prek <http://dk.fdv.uni-lj.si/tip/tip19995Luksic.PDF>

Lupton, D. (1992). Discourse analysis: a new methodology for understanding the ideologies of health and illness. *Australian Journal of Public Health*, 16 (2), 145–150.

Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. London: Sage Publications.

Lupton, D. (1999). *Risk and sociocultural theory. New direction and perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

Lupton, D. (2003). *Medicine as culture: illness, disease and the body in Western societies*. London: Sage Publication.

Lupton, D. (2005). *Risk*. London: Taylor & Francis e-Library.

Lupton, D. (2011). The best thing for the baby. Mothers concepts and experience related to promoting their infant health and development. *Health Risk & Society*, 13(7/8), 627-657.

Dostopno prek <https://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/2123/9022/2/ARTICLE%20-%20The%20best%20thing%20for%20the%20baby.pdf>

Lupton, D. (2012). Precious cargo. Foetal subjects, risk and productive citizenship. *Critical Public Health*, 22(3), 329-340.

Lupton, D. (2013). Infant embodiment and interembodiment. A review of sociocultural perspectives. *Childhood. A Global Journal of Child Research*, 20(1), 37-50.

Lupton, D. (2013). *The unborn human*. London: Open Humanities Press.

Lupton, R., Tunstall, R., Sigle-Rushton, W., Obolenskaya, P., Sabates, R., Meschi, E., Knelae, D. in Salter, M. (2009). *Growing up in social housing in Great Britain; the experience of four generation*. London: Homes and Communities agency.

Lussier, K., Bertrand, K. in Lavanture, M. (2010). Parenting and maternal substance addiction: factors affecting utilization of child protective services. *Substance Use & Misuse*, 45(10), 1572- 88 2010.

Lyttle, T. (2012). Stop to injustice. A protest against the uncostitutional punishment of pregnant drug-addicted women. *Legalisation and Public Policy*, 2(2), 781-815.

MacRobbie, A. (2005). *Feminism and young culture*. Basingstoke: McMillian.

Mactier, H. (2013). Neonatal and longer term management following substance misuse in pregnancy. *Early Human Development*, 89. 887-892
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.08.024>

Magnusson, E. in Marecek, J. (2012). *Gender and culture in psychology. Theories and practise*. New York: Cambridge University Press.

Maher, J. in Saugers, L. (2007). To be or not to be a Mother? Women negotiating cultural representations of mothering. *Journal of Sociology*, 43(1), 5-21.

Majcen, M. (2016). *Pismenost v duševnem zdravju v povezavi z nekaterimi vidiki javnega duševnega zdravja v dveh slovenskih regijah*. (magistrsko delo). Dostopno prek <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=57077>

Marshall, B.L. in Witz, A. (2004). *Engendering the social. Feminist encounters with sociological theory*. Berkshire, Open University Press.

Martič, M. (2015). *Zdravljenje zasvojenosti od prepovedanih drog: kako vidijo proces doseganja in vzdrževanja abstinence bivši uživalci drog* (magistrsko delo). Univerza v Ljubljani, Teološka fakulteta, Ljubljana.

Martin, F. S. in Aston, S. (2014). Special population with unique need of treatment needs: Dominant representation of women substance abuse and their effects. *Contemporary Drug Problem*, 41(3), 335-360.

Masserschmidt, J. V. (2004). Varieties of real men. V M. Kimmle (ur.), *The gendered society* (str. 126-150). Oxford: Oxford University Press.

Matko, K. (2013). *Nasilje v družini med nosečnostjo* (magistrsko delo). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo. Ljubljana.

Mayet, S., Groshkova, T., Morgan, L. in Strang, J. (2008). Drugs and pregnancy- outcomes of women engaged with a specialist perinatal outreach addiction services. *Drug Alcohol Review*, 27(5), 497-503.

Mccabe, J. E in Arndt, S. (2012). Demografic and substance misuse trends among pregnant and nonpregnant women. Eleven years of treatment admisssion data. *Maternal Child Health Jurnal*, 16, 1996-1702.

McCreaddie, M., Lyons, I., Watt, D., Ewing, E., Croft, J., Smith, M. in Tocher, J. (2010). Routines and rituals. A grounded theory of the pain managment of drug users in acute care settings. *Journal of Clinical Nurisng*, 19(20), 2730-2740. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03284.x>

McGlade, A., Ware, R. in Cawford, M. (2009). Child protection outcomes for infants of substance using mothers. A matched cohort study. *Pediatrics*, 124. 285-293.

Mcmahon, T. J., Winkel, J. D. in Rounsaville, B. J. (2008). Drug abuse and responsible fathering. A comperative study of men enrolled in methadone maintenance treatment. *Addiction*, 3(2), 269-283 <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02075.x>

McNaughton, D. (2011). From the womb to the tomb: obesity and maternal responsibility. *Critical Public Health*, 21(2), 179-190.

Mejak, V. (2009). *Doživljanje materinstva in potrebe po pomoči pri ženskah, odvisnih od prepovedanih drog* (magistersko delo). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.

Melucci, A. (1996). *The playing self*. Cambridge: Cambridge University Press.

Merill, J. E. in Monti, P. (2015). *Influencers of the stigma. Complex towards substance use and substance use disorder*. Dostopno prek https://sites.nationalacademies.org/cs/groups/dbassesite/documents/webpage/dbasse_170043.

pdf

Mesec, B. (1997). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 1 in 2*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Metzl, J. M. (2003). *Prozac the couch. Prescribing gender in the era of wonder drugs*. London: Duke university Press.

Millet, K. (2000). *Sexual politics*. Chigago: University of Illinois Press.

Milligan; K. A., Niccols, W., Sword, L., Thabane, J., Handerson, A., Smith, J. in Liu, I. (2010). Maternal substance misuse and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children; a meta analysis. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 5, 21-37. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-5-21>

Moi, T. (2002). *What is woman*. Oxford: Oxford Universitay Press.

Morris, K. in Parry, C. (2006). South African meth boom could fuel further HIV. *Lancet infection disease*, 6, 471-492.

Murphy, S in Rosenbaum, M. (1992). *Pregnant women on drugs: combating stereotypes and stigma*. New Jersey: Rutgers University Press.

Nager, E. N. in Prinz, R. J. (2015). Interventions to adress parenting and parental substance abuse. Conceptual and methodological considerations. *Clinical Psychology Review*, 39, 71-82. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.004>

Nastran Ule, M. (2000). *Temelji socialne psihologije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Nastran Ule, M. (1999). *Predsodki in diskriminacije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično

središče.

Nelson-Zlupko, I. (1995). Gender differences in drug addiction and treatment, implication for social work intervention with substance abusing women. *Journal of Social work*, 40(1), 45-54.

Niccols, A., Millingan, K., Sword, W., Thenabe, L., Handerson, J. in Smith, A. (2012). Integrated programs for mothers with substance abuse issues. A systematic review of studies reporting on parenting outcomes. *Harm Reduction Journal*, 9, 14-25.
<https://doi.org/10.1186/1477-7517-9-14>

NIJZ (2013). *Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji*. Dostopno prek http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/nacionalno_porocilo_o_stanju_drog_2013.pdf

O'Malley, P. in Valverde, M. (2004). Pleasure, freedom and drugs. The users of pleasure in liberal governance of drug and alcohol consumption *Sociology*, 38(1), 25-42.

Oakley, A (2000). *Gospodinja*. Ljubljana: Založba/ *cf.

Olsen, L. J., Laparde, V. in Holmes, W. M. (2015). Supports for families affected by substance abuse. *Journal of Public Child Welfare*, 9(5), 551-570.
<https://doi.org/10.1080/15548732.2015.1091761>

Ortner, S. (1974). Is female to male as nature is to culture? V M. Zimbaldist Rosaldo in L. Lamphere (ur.), *Women, culture and society* (str. 124-170). Stanford: Standford University press.

Osofsky, J. D. (2004). *Trauma to the eye of young children*. Dostopno prek <https://www.guilford.com/excerpts/osofsky3.pdf>

Osterling, K. L. in Austin, M. J. (2008). Substance abuse intervention for parents involved in the child welfare system. V M. Austin (ur.), *Evidence from child welfare practise* (str. 23-67).

Dostopno prek <http://www.cccounty.us/DocumentCenter/View/31216/TOC-CW-B4>

Pajulo, M., Pyykkonen, N., Kalland, M., Sinkkonen, J., Hlenius, H., Panumaki, R. L. in Suchman, N. (2012). Substance abusing mothers in residential treatment with their babies. importance of free and postnatal maternal reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 33(1), 73-81. <https://doi.org/10.1002/imhj.20342>

Pajulo, M., Suchman, N., Kallend, M. in Mayes, L. (2010). Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant and parenting women: Focus on maternal reflective functioning and mother-child relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 448-465. Dostopno prek <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813060/>.

Paris, R., Herriott, A., Holt, M. in Gould, K. (2015). Differential responsiveness to a parenting intervention for mothers in substance abuse treatment. *Child Abuse & Neglect*, 50, 206-217.

Dostopno prek
[https://mohavecourts.com/CourtAdmin/Infantandtoddler/2016Presenters/Anna%20Herriott/Paris%20et%20al%202015%20Child%20Abuse%](https://mohavecourts.com/CourtAdmin/Infantandtoddler/2016Presenters/Anna%20Herriott/Paris%20et%20al%202015%20Child%20Abuse%20)

Parsons, W. (1995). *Public policy*. London: Edward Elgar.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative researchs and evaluation*. London: Thosaund Oaks, CA Sage.

Pennar, A .L., Alyson, F., Shapiro, D.,...Kyrzik, D. (2012). Drug endangered children. Examining children removed from methamphetamine laboratories. *Children and Youth Services Review*, 34(9), 1777-1785. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.05.006>

Pickering, M. (2001). *Stereotyping. The politics of representation*. New York. Palgrave.

Pilcher, J. in Whelehan, D. (2004). *50 key concepts in gender studies*. London: Sage Publication.

Pinkham, S., Stoicescu, C. in Myers, B. (2012). *Developing effective health interventions for women who inject drugs: key areas and recommendations for program development and policy. Advence in preventivee.* Dostopno prek https://www.researchgate.net/publication/233806837_Developing_Effective_Health_Interventions_for_Women_Who_Inject_Drugs_Key_Areas_an

Polajner, B. (2006). *Programi visokega praga za abstinente od drog v Sloveniji, Problematika drog v Sloveniji. Zbornik referatov s posveta.* Ljubljana: Državni svet Republike Slovenije.

POND (2015). *Prepoznavna in obravnava žrtve nasilja v družini. Priročnik za zdravstveno osebo.* Dostopno prek <http://www.prepoznajnasilje.si/docs/default-source/default-document-library/priro%C4%8Dnik-za-zdravstveno-osebje.pdf?sfvrsn=0>

Poole, N. in Issac, B. (2001). *Apprehensions: Barries to treatment of substance abusing mothers.* Vancouver: BC.

Powis, B., Griffiths, P., Gossop, M. in Strang, J. (1996). The difference between male and female drug users. Cmmunity samples of heroin and cocaine users compared. *Substance Use & Misuse*, 31(5), 529-543. <https://doi.org/10.3109/10826089609045825>

Prindle, J. Hammond, I. in Putnam, E. (2018). Parental substance exposure diagnosed at birth and infant involvement with child protective srvice. *Child Abuse & Neglect*, 76, 75-83. Dostopno prek <http://www.datanetwork.org/wp-content/uploads/Prenatal-substance-exposure-diagnosed-at-birth-and-infant-involvement-with-child-protective->

Pyng Sun, A. (2009). *Helping substance abusing women of vulnerable populations.* New York: Columbia University Press.

Radcliffe, P. (2011). Motherhood, pregnancy, and negotiation of identity: The moral career of drug treatment. *Social science medicine*, 72, 984-991.

Razpotnik, Š. in Dekleva, B. (2007). *Na cesti - brezdomci o sebi in drugi o njih.* Ljubljana:

Pedagoška fakulteta.

Reed, K. (2009). It is faulty gene against women, men and the gendered nature of genetic responsibility in prenatal blood screening. *Sociology of Health & Illness*, 31(3), 343-359.

Reid, C., Greaves, L. in Poole, N. (2008), Good, bad, thwarted or addicted? Discourses of substance using mothers. *Critical Social Policy*, 28(2), 211-234.

<https://doi.org/10.1177/0261018307087990>

Reitman, D. R. (2002). The collision between the rights of women, the rights of the fetus and the rights of the state. A critical analysis of the criminal prosecution of drug addicted pregnant women. *Journal of Civil Rigts and Economic development*, 1(16), 234-265. Dostopno prek <https://scholarship.law.stjohns.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1210&context=jcred>

Renner, T. (1996). Družinski status. V M. Nastran Ule (ur.), *Mladina v devedestih – analiza stanja v Sloveniji* (str. 41-67). Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Renner, T., Human, Ž., Žakelj, T., Vezovnik, A. in Švab, A. (2008). *Novo očetovstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Založba FDV.

Renner, T., Sedmak, M., Švab, A. in Urek, M. (2006). *Družine in družinsko življenje v Sloveniji*. Koper: Založba Annales.

Rober, P., Walravens, V. in Verstejnen, V. (2014). In search of a tale they can live with. About loss, family secret and selective disclosure. *Journal of Marital & Family Therapy*, 38(3), 529-543. Dostopno prek <http://ift-malta.com/wp-content/uploads/2014/03/secrets-peter-rober.pdf>

Roberts, D. (1991). Punishing drug addict who have babies: Women of color, equality and the right of privacy. *Harvarl Law Review*, 104(7), 1419-1482.

Roberts, S. in Nuru-Jeter, A. (2010). Women perspective and screening for alcohol and drug

use in prenatal care. *Womens Health Issues*, 20(3), 193- 200.

Roberts, S. in Pies, J. (2010). Complex calculations. How drug use during pregnancy becomes a barrier to prenatal care. *Maternal and Child Health Journal*, 15(3), 533-543. Dostopno prek <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-010-0594-7>

Root, R. in Browner, C.H. (2001). Practices of the pregnant self compliance with and resistance to biomedical prenatal norms, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 25, 159-223.

Salmon, A. (2011). Aboriginal mothering FASD prevention and the contestations of neoliberal citizenship. *Critical Public Health*, 21(2), 165-178.

Salo, S. in Flykt, M. (2013). The impact of parental addiction on child development. V E. Suchman in M. Pajulo (ur.), *Parenting and substance abuse* (str. 195-210). New York: Oxford University Press.

SAMSHA (2007). *Family center treatment for women with substance use disorder. History, key elements and challenge.* Dostopno prek https://www.samhsa.gov/sites/default/files/family_treatment_paper508v.pdf

SAMSHA (2011). *Addressing the needs of women and girls: Core competencies for mental health and substance abuse service professionals.* Dostopno prek <https://store.samhsa.gov/shin/content//SMA11-4657/SMA11-4657.pdf>

SAMSHA (2014). *Gender differences in primary substance of abuse across age group.* Dostopno prek <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/sr077-gender-differences-2014.pdf>

SAMSHA (2015). *Substance abuse treatment. Addressing the specific needs for women a treatment improvements protocol.* Dostopno prek <http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA15-4426/SMA15-4426.pdf>

SAMSHA (2016). *Supporting women in CO-ed settings.* Dostopno prek

<https://store.samhsa.gov/shin/content//SMA16-4979/SMA16-4979.pdf>

Sanders, J. (2012). Use of mutual support to counteract the effect of socially constructed stigma. Gender and drug addiction. *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, 7(2-4), 237-252.

Satir, V. (1995). *Družina za naš čas*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Sawicki, J. (1991). *Disciplining Foucault: feminism, power and the body*. London: Routledge.

Scaife, V. H. (2007). Maternal and paternal drug misuse and outcomes for children.

Identifying risk and protective factors. *Children & Society*, 22(1), 53-62.

<https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2007.00093.x>

Schilling, B. (2003). *The body and social theory*. London: Sage Publication.

Schipers, M. (2007). Recovering the feminine other; masculinity, femininity and gender hegemony. *Theory and Society*, 36, 85-102.

Schofield, G. in Ward, E. (2011). *Understanding and working with parents of children growing up in foster care*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Schweiger, R. in Graf, G. (2015). *A philosophical examination of social justice and child poverty*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Scully, M., Geoghegan, N., Corcoran, P., Tiernan, M. in Keenan, E. (2004). Specialized drug liaison midwife services for pregnant opioid dependent women, *Journal of substance abuse treatment*, 26(1), 27-33.

Seifer, R., Lagasse, L. L., Lester, B., Bauwer, C. R., Shankaran, S., Bada, H.S. in Wright, L. L. (2004). Attachment status in children prenatally exposed to cocaine and other substance. *Child development*, 75(3), 850- 860.

Semanchin, J, in LaLiberte, T. (2017). Risk and protective factors of foster care reentry: an examination of the literature. *Children of Public Child Welfare*, 11(4-5), 516-545.
<https://doi.org/10.1080/15548732.2017.1357668>

Shildrick, M. (2002). *Embodying the monster: Encounters with the vulnerable self*. London: Sage Publication.

Skupnost Centrov za socialno delo (2016). *Upravni postopki*. Dostopno prek
<https://www.scsd.si/centri-za-socialno-delo/upravni-postopki/>

Skyles, J. (2011). Negotiating stigma. Understanding mothers responses to accusations of child neglect. *Children and Youth Services Review*, 33(3), 448-456.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.06.015>

Small, E. in Kohl, P.L. (2012). African American caregivers and substance abuse child welfare. Identification of multiple risk profiles. *Journal of family violence*, 27(5), 415-426.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10896-012-9442-4>

Smar, L. in Wegner, D. M. (2000). The hidden cost of hidden stigma. V T: F: Heartherton (ur.), *The social psychology of stigma* (str. 220-242). New York: The Guilford Press.

Smart, C. (2011). Families, secret and memories. *Sociology*, 45(4), 539-555.
<https://doi.org/10.1177/0038038511406585>

Solis, J. M., Shadur, J. M., Burns, A. R. in Hussong, A.M. (2015). Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substance. *Current Drug Abuse Reviews*, 5(2), 153-147. <https://doi.org/10.2174/1874473711205020135>

Spreen, M. (1992). Rare populations, hidden populations and link tracing designs what and why? *Bullet in methodologie. Sociologique*, 36, 34-58.

Squires, J. (2009). *Spol v politični teoriji*. Ljubljana: Krtina.

Stevens, S. J., Andrade, R. in Ruiz, R. S. (2009). Women and substance abuse: gender, age and cultural consideration. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8(3), 252-267.
<https://doi.org/10.1080/15332640903110542>

Stone, R. (2015). Pregnant women and substance use: fear, stigma and barriers to care. *Health and Justice*, 3(2), 1-15.

Strauss, A. in Corbin, J.M. (1998). *Basic of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. New York: Thousand Oaks, Sage.

Suchman, N. D., Decoste, S., Castiglioni, N., Legow, N. in Mayes, L. (2008). Mothers and toddlers program. Preliminary findings from an attachment based parenting intervention for substance abusing mothers. *Psychoanalytical psychology*, 25(3), 499-517. Dostopno prek
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2802496/>

Suchman, N., Pajulo, M. in Myes, L. (2013). *Parenting and substance abuse. Developmental approaches to intervention*. New York: Oxford University press.

Surrey, J. (1991). *Women and addiction. A relational perspective*. Wellesley: Stone Center.

Svingen, L., Dykstra, R., Simpson, J., Jaffe, A., Bevins, R. A., Carlo, G. in Grant, K. (2016). Association between family, history of substance use, childhood trauma and age of first drug use in persons with methamphetamine dependence, *Journal of Addiction Medicine*, 10(4), 269-273. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000233>

Sykes, J. (2011). Negotiating stigma. Understanding mothers responses to accusations of child neglect. *Children and Youth Services Review*, 33(3), 448-456.

Szasz, T. (1992). *Our right to drugs. The case for a free market*. New York: Syracuse.

Šadl, Z. (2009). *Umazano delo med stigmo in ponosom: Plačane gospodinjske delavke v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

- Šribar, R. (2004). O menstruaciji, telo v diskurzu, diskurz v telesu *Delta*, 4(2), 14-34.
- Štular, S. (1999). *Mit o materinstvu* (magisterska naloga). Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Ljubljana.
- Švab, A. (2001). *Družina od modernosti k postmodernosti*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Švab, V. (2009). *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: Šent.
- Taplin, S. in Mattick, P. (2011). *Child protection and mothers in substance abuse treatment study. Major findings.* Dostopno prek https://www.facs.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0014/321620/researchnote_mothers_substanceabuse.pdf
- Tarabulsky, G. M., Pascuzo, K., Moss, E., Lurent, D., Bernier, A., Cry, C. in Comtis, K. (2008). Attachment based intervention for maltreating families. *Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 322-332. Dostopno prek https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45956758/Attachment-Based_Intervention_for_Maltre20160525-2400-1c11oml.pdf?A
- Taylor, S. in Bogdan, R. (1998). *Introduction of qualitative research methods. Guidebook and Methods*. New York: John Wiley Sons.
- Ticineto Clough, P. (1987). Feminist theory and social psychology. *Studia and symbolic interaction*, 8, 3-22.
- Tivadar, B. (1996). Medicinski govor o ženski. V L. Bogovič in Z. Skušek (ur.), *Spol Ž* (str. 5-12). Ljubljana: Institutum Studiorum Humanitatis ISH.
- Tomori, M. (1994). *Knjiga o družini*. Ljubljana: EWO.

Toscano, V. (2005). *Misguided retribution; criminalization of pregnant women who take drugs*. London: Sage Publication.

Tracy, M. T. in Martin, T. C. (2007). Children role in the social networks of women in substance abuse treatment. *Journal of substance misuse treatment*, 32, 81-88. Dostopno prek <http://genderbias.net/docs/resources/guideline/Children%20s%20roles%20in%20the%20social%20networks%20of%20women%20in.pdf>

Trbanc, M., Boškič, R. in Rihter, L. (2003). *Socialna in ekonomska vključenost ranljivih skupin v Sloveniji –možni ukrepi za podvig zaposljivosti najbolj ranljivih kategorij težje zaposljivih in neaktivnih oseb: Raziskovalno poročilo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Trilller Vrtovec, K. (2008). *Ettical aspect of stem cell patenting* (doktorska disertacija). Univerza v Ljubljani, Pravna fakulteta Ljubljana, Ljubljana.

Tulloch, J. in Lupton, D. (2003). *Risk in everyday life*, New York: Sage Publication.

Tunnard, J. (2002). *Parental drug misuse – A review of impact and interventions studies*. London: Resarch and Practise.

Turner, B. (1992). *The body and society: Exploration in the social theory*. London: Thousand Oaks.

Tuten, M. H., Jones, G., Tran, G. in Svicks, D. S. (2003). Partner violence impacts the psychosocial and psychiatric status of pregnant, drug dependen women. *Addiction behaviours*, 29, 1029-1034.

Ule, M. (2003). *Spregledana razmerja*. Maribor: Aristej.

Ule, M. in Kuhar, M. (2006). *Mladi, družina, starševstvo. Spremembe življenjskih potekov v pozni moderni*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

UNODC (2015). *World drug report 2015*. Dostopno prek https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf

UNODC (2016). *Guidelines and drug prevention and treatment for girls and women*. Dostopno prek https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/unodc_2016_drug_prevention_and_treatment_for_girls_and_women_E.p

Urek, M. (1998). Vprašanje materinstva v teoriji in praksi feminističnega socialnega dela. *Zdravstveno varstvo*, 37, 163-269.

Urek, M. (2004). Making case od social work: The construction of unsuitable mother. *Qualitative social work*, 4(4), 451- 457.

Urek, M. (2005). *Zgodbe na delu; pripovedovanje, zapisovanje in poročanje v socialnem delu*. Ljubljana: Založba cf.

Valič, U. (2008). Vprašanje materinstva kot spolne identitete hendikepiranih žensk. *Kula*, 1(1), 62-65.

Walton, M. A., Chermak, S. T. in Low, F. C. (2001). Correlates and received and expressed violence persistence following substance abuse treatment. *Dug & Alcohol dependence*, 67, 1-12.

Ward, J., Mattick, R. in Hall, W. (1998). *Methadone maintenance during pregnancy. In methadone maintenance treatment and other Opioid replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood Academic Publisher.

Wearing, B. (1998). *Leisure and Feminist Theory*. London: Sage Publication.

Weaver, J., Chang, D., Clark, S. in Ree, S. (2007). Keeping public child welfare workers on the job administration. *Journal of social work*, 31(2), 5-25.

Weeks, J. (1989). *Sex, politics and society. The regulation of sexuality since 1800*. London: Longman.

Weeks, J. (2003). *Sexuality*. London: Routledge.

Weil, L. (2006). *Pregnancy, risk and biopolitic: on the threshold of the living subject*. London: Rotuledge.

Weinberg, D. (2002). On the embodiment on addiction. *Body and Society*, 8, 1-19.

Weinser, C. in Schmidt, L. (1992). Gender disparities in treatment for alcohol problems. *Journal of the American Medical Association*, 268, 1872-1876.

Wells, K. in Marcenko, M. (2011). Biological mothers of children in foster care: New direction for theory. Researchs and practise. *Children and Youth Services Review*, 33(3), 419-486.

WHO (2018). *Drug information*. Dostopno prek http://www.who.int/medicines/publications/druginformation/issues/WHO_DI_32-1.pdf?ua=1

Wieler, E., Ross, L. L., Bolton, J., Brownell, M., Nickel, N. C..... Chateau, D. (2017). Maternal health and social outcomes after having a child taken into care: population based longitudinal cohort study using linkable administrative data. *Journal of Epidemiological Community Health*, 71(12), 1145- 1151. Dostopno prek <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28983064>

Witting, M. (2000). *Eseji*. Ljubljana: ŠKUC.

Wong, J.Y. (2006). *Social support; A key to possitive parenting. Outcomes for mothers in residential drug treatmentwith children*. Dostopno prek <http://www.haworthpress.com/web/JSWPA>

Woods, J. (2005). *Cocaine addiction among pregnant women*. National insitute of drug abuse. Dostopno prek <http://www.customwritings.com/.html>

Woodward, K. (2008). *Motherhood: identities, meanings and myths*. London: Sage Publication.

Wright, A. in Walker, J. (2007). Managment of women who use drugs during pregnancy. *Fetal & Neonatal medicine*, 12(2), 114-118.

Young, N. K., Boles, S. M. in Otero, C. (2012). Parental substance use disorders and child maltreatment. Overlap Gaps and opportunities. *Child maltreatment*, 12, 137-149.

Zajec, D. (2002). *Konvencija o otrokovih pravicah*. Ljubljana: Slovenski odbor za Unicef.

Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih – ZZZDR -1. (2007). Sprejet v državnem zboru Republike Slovenije, v veljavi od 12 maja. Dostopno prek <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO40>

Zaviršek, D. (1992). Ženske odvisnost in problem dvojne stigme. *Časopis za kritiko znanosti*, 20(146-147), 51-56. Dostopno prek <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-LWQLES4G/79e0d8cb-0cb4-4d74-a263-ccecf723daa8/PDF>

Zaviršek, D. (2000). *Hendikep kot kulturna travma: Historizacija podob, teles in vsakdanjih praks prizadetih ljudi*. Ljubljana: Založba /*cf .

Zaviršek, D. (2009). Med krvjo in skrbjo. Socialno starševstvo kot širitev koncepta starševstva v današnjem svetu, *Socialno delo*, 48(1-3), 3-16.

Zaviršek, D. (2010). Etnizacija in patologizacija Romov in romskih skupnosti: Socialno antropološki in socialnodelavski teoretski koncepti *Socialno delo*, 49(2-3), 85-97.

Zaviršek, D. (1994). Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo

študija primera. *Socialno delo*, 33(4), 25-46. Dostopno prek <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-B2GA0H1L/d3a00e09-8632-4846-a6e4-95a6afe9fed7/PDF>

Zuckerman, B. (1998). Effects of parents and children. V D. Besharow (ur.), *When drug addicts have children* (str. 49-63). Washington: Child Welfare League of America Inc.

A

Abbot, 19, 70, 166, 251, 269, 271
 abjektnost, 49
 abstinenca, 6, 25, 57, 78, 81, 84, 92, 93, 105, 106,
 138, 141, 144, 148, 149, 150, 151, 171, 172, 174,
 182, 189, 190, 191, 198, 201, 202, 206, 210, 221,
 225, 231, 233, 242, 250, 252, 265, 267
 analiza tveganja, 231
 Anderson, 5, 8, 17, 19, 46, 49, 88, 94, 123, 259,
 271, 273
 anksioznost, 56, 57, 61, 127, 128, 145, 217

B

Beck, 24, 29, 30, 31, 87, 97, 164, 272, 281
 Beck-Gernsheim, 24, 32, 164, 272
 Benoit, 98, 119, 148, 168, 218, 227, 229, 252, 253,
 256, 272, 273
 biopolitika, 28, 31, 87
 Bourdieu, 36, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 274
 Boyd, 57, 58, 124, 125, 231, 274
 Braidotti, 5, 8, 46, 47, 49, 274
 Brown, 55, 62, 64, 167, 274, 281

C

Cambell, 5, 8, 17, 19, 23, 24, 25, 71, 73, 88, 122,
 123, 166, 196, 255, 269, 275, 278
 Castel, 5, 8, 30, 33, 275
 Cleaver, 124, 125, 126, 127, 128, 275
 Connell, 5, 8, 23, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 47, 48,
 164, 196, 261, 275
 Covington, 5, 8, 19, 61, 188, 248, 276
 CPZOPD, 22, 82, 103, 105, 106, 243, 276
 crack babies, 16, 86, 124, 163
 CSD, 68, 82, 132, 141, 144, 159, 170, 173, 174,
 175, 180, 192, 206, 210, 211, 215, 219, 223, 224,
 234, 238, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 262,
 268

Č

čustvene in vedenjske težave pri otroku, 145

D

de Beauvoir, 37, 276
 dejavniki tveganja, 16
 depresija, 22, 57, 61, 83, 96, 104, 125, 126, 127,
 128, 129, 145, 217
 deviantnost, 62, 65, 86, 163, 219

dilema, 235, 243
 discipliniranje, 5, 33, 46, 48
 diskriminacija, 6, 28, 64, 122, 183, 218, 227, 252
 diskurz, 5, 35, 38, 53, 65, 71, 72, 78, 101, 270
 diskurz odvisnosti, 6, 267
 diskurz tveganja, 5
 dominacija, 20, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 47, 85, 218,
 274
 dominantnost, 40, 41, 43, 108
 dominantnost, 41
 Dominelli, 260, 277
 Douglas, 23, 29, 30, 31, 50, 58, 71, 88, 277
 Drglin
 Drglin, 86, 108, 116, 118, 164, 277
 družbeni nadzor, 20, 39, 42
 družinska skrivnost, 134
 duševno zdravje, 67, 70, 107, 116, 138, 159, 181,
 188, 194, 214, 254, 257, 269, 277, 283, 288
 dvojna sporočila, 121, 213, 236, 258
 dvojni standardi, 195
 džanki, 54, 170, 171, 232, 252
 džankica, 170, 197, 223, 224, 247

E

EMCDDA, 21, 66, 89, 109, 111, 112, 271, 278
 etiketiranje, 163, 170, 171, 172, 186, 223, 262

F

Finkelstein, 98, 107, 188, 279, 284
 Flaker, 18, 28, 51, 53, 54, 55, 65, 107, 207, 279
 Flavin, 69, 104, 262, 279
 Foucault, 5, 8, 19, 28, 30, 33, 46, 47, 65, 85, 104,
 275, 278, 280, 283

G

Giddens, 5, 8, 24, 29, 31, 32, 41, 48, 52, 280
 ginekološki pregled, 89, 90, 91, 102, 103, 108, 110,
 256
 Goffman, 24, 162, 167, 177, 178, 179, 183, 184,
 254, 280
 Greenfield, 59, 61, 97, 281
 Grella, 22, 70, 89, 125, 182, 266, 281

H

hegemonično, 261
 hegemonija, 20, 41
 hepatitis C, 59, 64, 67, 93, 100, 113, 115, 120, 121,
 122, 127, 252

HIV, 64, 67, 115, 127, 273, 290
Horwitz, 219, 282

I

ideal materinstva, 148
individualizacija, 17, 31, 32
individualizacija zdravja, 17
intenzivni oddelek, 114, 120, 121
izguba otroka, 159, 174, 234, 249
izguba skrbništva, 61, 208, 212

J

javna politika drog, 16, 20, 29, 65, 258
Jogan, 283

K

Kaltenbach, 89, 97, 126, 147, 149, 249, 284
Kamin, 5, 8, 31, 33, 47, 48, 284
Klee, 16, 24, 64, 98, 105, 111, 124, 125, 246, 249,
251, 263, 285
kontaminacija, 5, 88
kontaminirano telo, 85, 186, 255
kriminalizacija, 54, 62, 65, 69
Kroll, 24, 129, 134, 135, 145, 147, 161, 254, 285
Kuhar, 24, 47, 162, 165, 183, 285, 298
Kvale, 74, 76, 78, 82, 84, 286

L

Leskošek, 5, 8, 17, 18, 20, 23, 24, 36, 39, 45, 47,
48, 166, 194, 200, 251, 268, 286
Lester, 185, 206, 220, 286, 287, 295
Lupton, 5, 8, 19, 23, 28, 29, 31, 33, 85, 87, 88, 104,
108, 122, 164, 261, 262, 276, 287, 288, 297
Lupton, 24

M

materinska vloga, 5, 25, 167, 168, 250
materinstvo, 5, 6, 16, 24, 25, 26, 39, 74, 86, 87, 88,
92, 94, 101, 118, 129, 150, 154, 164, 165, 168,
169, 170, 174, 176, 213, 230, 231, 233, 250, 255,
257, 259, 260, 261, 267
medikalizacija, 5, 65, 66, 72, 86, 108, 219
mit o materinstvu, 164, 166
moralna koda, 237
moralna panika, 17
motivacija za spremembo, 83, 159, 175, 256
MTD, 90, 98, 102, 103, 104, 105, 106, 115, 116,
117, 119, 137, 138, 143, 146, 149, 152, 158, 167,
178, 182, 189, 216, 222, 234, 240, 241, 242

N

načrtovana nosečnost, 89, 255
nadomestna vzdrževalna terapija, 6, 68, 78, 81, 92,
97, 98, 149, 171, 189, 190, 198, 242, 264, 265
nadzor, 28, 29, 34, 41, 46, 47, 48, 50, 52, 64, 65,
72, 85, 86, 88, 102, 108, 109, 110, 121, 133, 138,
155, 158, 161, 171, 177, 180, 195, 210, 215, 219,
240, 246, 250, 251, 256, 257, 259, 260, 263
nadzorna vloga, 246
NAS, 6, 16, 22, 86, 90, 97, 100, 107, 109, 111, 112,
113, 114, 115, 118, 119, 120, 163, 178, 226, 229,
231, 253, 264
nasilje, 6, 19, 21, 41, 42, 43, 47, 59, 60, 61, 68, 70,
73, 76, 86, 92, 93, 95, 99, 107, 118, 125, 126,
139, 140, 142, 149, 152, 153, 162, 175, 179, 183,
189, 190, 191, 192, 193, 194, 198, 200, 202, 205,
209, 218, 219, 227, 228, 231, 238, 249, 251, 254,
255, 256, 257, 262, 267, 276, 286, 289, 292
ne dovolj dobra mati, 6, 101, 119, 167, 170, 257,
264
neizmenjava informacij, 244, 265
nenačrtovana nosečnost, 83, 89, 255, 259
nepovratna identiteta, 170
nepredvidljivost, 142
nesodelovanje med institucijami, 241
neustrezno materinstvo, 231
neznanje, 122, 246
nizkopražni program, 26, 59, 79, 81, 82, 174, 182,
204, 218, 257
nosečnost, 5, 6, 16, 25, 26, 39, 64, 69, 76, 82, 83,
84, 85, 86, 87, 89, 91, 92, 93, 94, 97, 98, 99, 100,
101, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 121, 163, 168,
180, 202, 228, 229, 230, 249, 251, 255, 256, 259,
260, 261, 262, 277

O

Oakley, 24, 86, 164, 165, 291
občutki krivde, 6, 84, 86, 89, 94, 100, 107, 112,
113, 114, 123, 125, 129, 130, 133, 135, 144, 165,
168, 169, 181, 209, 210, 222, 254, 257, 262
obravnava, 21, 23, 25, 61, 62, 69, 70, 71, 73, 75,
78, 79, 80, 81, 112, 119, 127, 131, 136, 145, 146,
150, 160, 161, 171, 172, 173, 174, 175, 179, 180,
181, 185, 201, 211, 215, 217, 218, 221, 222, 223,
225, 226, 230, 239, 243, 258, 262, 263, 265, 267,
268, 269, 270
očetovstvo, 164, 194, 195, 196, 198, 293
odvzem otroka, 53, 68, 101, 160, 174, 176, 180,
206, 216, 220, 221, 223, 234, 235, 238, 251, 252
ovire, 6, 181, 242, 262, 267, 268, 270, 271

P

Pajulo, 118, 124, 126, 130, 132, 143, 144, 152, 213, 291, 296
paradigma patologije, 18
partnerstvo, 89, 188, 189, 198, 237
patologija, 17, 52, 86, 108, 225, 229, 248, 251, 259, 270
popuščanje, 84, 113, 130, 132, 253
porod, 76, 82, 83, 94, 95, 96, 103, 108, 110, 111, 121, 277
porodnic uporabnic, 22, 69, 118
porodnišnica, 16, 22, 64, 82, 90, 108, 109, 112, 114, 119, 121, 154, 169, 174, 184, 188, 209, 224, 225, 252, 253
posttravmatska stresna motnja, 60, 61
predsodki, 18, 24, 26, 120, 122, 162, 167, 179, 224, 253, 259, 263, 264, 265
prelaganje odgovornosti, 244
prepovedane droge, 16
 prepovedanih drog, 1, 5, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 46, 49, 61, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 79, 81, 82, 85, 89, 97, 102, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 124, 126, 127, 148, 165, 170, 174, 179, 183, 184, 189, 191, 192, 202, 204, 213, 220, 225, 232, 233, 240, 249, 250, 253, 255, 256, 259, 267, 269, 288, 289, 290
preverjanje, 154
prezgodnji porod, 111
proces pomoči, 20, 263
Pyng Sun, 17, 59, 60, 62, 92, 99, 149, 159, 189, 192, 193, 293

R

razbitje družine, 234
recidiv, 53, 60, 116, 124, 144, 159, 171, 173, 185, 190, 202, 210, 233, 238
reguliranje, 5, 33, 48
rejniki, 131, 208, 212, 217, 226, 236
rejništvo, 5, 24, 80, 94, 97, 124, 130, 144, 155, 160, 168, 175, 180, 198, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 215, 216, 217, 233, 235, 236, 237, 238, 239, 246, 253, 257, 258
Rener, 1, 24, 65, 87, 162, 164, 293
revščina, 6, 66, 73, 92, 125, 138, 147, 152, 168, 171, 192, 198, 200, 201, 207, 219, 227, 231, 251, 253, 255, 262, 267, 270
rojstvo, 97, 108

S

samoregulacija, 5, 33, 83

samostigmatizacija, 118
SAMSHA, 21, 59, 61, 70, 185, 186, 247, 271, 294
Schipers, 5, 8, 43, 294
skrbništvo, 5, 24, 80, 124, 144, 168, 174, 180, 208, 209, 210, 212, 215, 216, 238, 253, 263
skrivanje droge, 158
socialna izključenost, 73, 173, 192, 200, 207
socialna izolacija, 145, 183, 193, 217, 254
splav, 89, 93, 94, 95, 102, 104, 113, 167, 228, 256, 261
spolna zloraba, 60, 165
sram, 23, 60, 62, 85, 89, 107, 112, 123, 125, 146, 166, 172, 178, 179, 181, 185, 210, 228, 252, 253, 254, 261, 262, 263, 265
stari starši, 71, 80, 131, 158, 208, 210, 215, 217, 236, 238, 239, 258
starševska vloga, 164, 196, 254
starševstvo, 125, 132, 148, 150, 209, 220, 239, 240, 268
stereotipi, 19, 24, 25, 26, 55, 86, 120, 163, 167, 179, 184, 198, 218, 253, 264, 265
stigma, 6, 9, 10, 20, 22, 28, 58, 83, 162, 166, 167, 172, 173, 183, 201, 217, 223, 232, 250, 251, 252, 255, 262, 276, 289, 294, 295, 296
stigmatizacija, 6, 16, 24, 25, 70, 82, 201, 218, 227, 252, 269
strategija prikriivanja, 6, 101, 177, 179
strategija upravljanja, 30
strokovne delavke, 211, 218, 220, 223, 224, 226, 227, 228, 230, 231, 232, 234, 235, 244, 247, 261, 262
strokovne službe, 62, 113, 145, 169, 220, 224, 225, 232, 234, 236, 237, 238, 239, 242, 244, 252, 254, 261, 264, 265
strokovni delavci, 26, 170, 201, 209, 224, 230, 235, 241, 245, 246
strokovno osebje, 23, 25, 76, 79, 85, 98, 102, 106, 108, 109, 112, 120, 121, 123, 262, 265, 270
subjekti upravljanja, 33
Suchman, 118, 124, 125, 148, 176, 220, 250, 273, 291, 296

Š

Šadl, 24, 50, 296
Švab, 24, 47, 162, 164, 183, 194, 195, 293, 296

T

telo, 23, 31, 34, 38, 39, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 67, 85, 86, 87, 101, 104, 109, 115, 119, 120, 163, 166, 168, 186, 228, 251, 259, 260, 261, 262, 296
terapevtska skupnost, 23, 71

terapevtski odnos, 78, 247
terapevtski pristop, 70
transgeneracijski vzorci, 145, 152, 154, 238
travma, 60, 256, 259
Turner, 34, 46, 297

U

ukrep, 17, 68, 211, 232, 264, 297
Ule, 24, 29, 46, 48, 162, 165, 253, 290, 298
umazanija, 5, 43, 50, 88, 101
uporaba drog, 5
Urek, 24, 74, 77, 234, 237, 264, 279, 286, 293, 298

V

varovalni dejavnik
varovalni dejavniki, 5, 6, 16, 105, 115, 147, 156,
157, 172, 211, 216, 255, 257, 259, 270
viktimizacija, 58, 119, 270

visokopražni program, 5, 26, 81, 82, 174, 204, 218,
224, 257
vzgoja otrok, 5, 16, 78, 257

Z

začaran krog, 193
zamenjava vlog, 141
zanemarjanje, 5, 28, 68, 104, 124, 126, 138, 139,
198, 227, 231, 256, 257, 265, 270
zarodek, 6, 67, 68, 85, 86, 87, 285
Zaviršek, 20, 24, 58, 94, 118, 122, 171, 186, 188,
218, 219, 224, 225, 228, 229, 267, 300
zloraba ploda, 227
zmanjševanje tveganj, 115, 152, 260

Ž

ženske uporabnice drog
ženske uporabnice drog, 5, 16, 19, 20, 24, 50, 73,
121, 167, 263

16 PRILOGE

Priloga 1: VPRAŠALNIK ZA MATERE UPORABNICE DROG

S kom živite? Koliko vas živi v skupnem gospodinjstvu?

Živite v mestu ali v vasi?

Živite s partnerjem? Je partner tudi oče otrok? Ima tudi partner težave z odvisnostjo? Ste poročeni? Vam partner plačuje preživnino?

Koliko otrok imate, ali živijo z vami? Koliko je star vaš otrok- otroci?

Ste vi zakonita skrbnica otrok?

Je otrok z vami že od rojstva? Je bil otrok že kdaj nameščen v rejništvo?

SOCIALNO EKONOMSKI STATUS

Kako se finančno preživljate, ali vam kdo finančno pomaga?

Ste zaposleni oz. ste bili kdaj zaposleni? Koliko delovne dobe imate?

Kakšno izobrazbo imate?

Ste kdaj izgubili službo zaradi odvisnosti?

Koliko znaša vaš povprečen dohodek mesečno?

Kakšna je trenutno vaša stanovanjska situacija

Se vam zdi, da ste materialno preskrbljeni, da imate dovolj sredstev za preživljanje?

Imate kakšne dolgove?

Ste mobilni (vozite avto, dostop do javnega prevoza)?

Se vam zdi, da ste vi in otrok materialno prikrajšana? Pri čem?

Kakšne so vaše želje v zvezi z vašim materialnim statusom?

OTROŠTVO MATERE

Kakšno je bilo vaše otroštvo, odnos, vzgoja?

Sta tudi starša imela težave z odvisnostjo?

Ste bili v otroštvu kdaj fizično ali psihično zlorabljeni?

NOSEČNOST

Kako ste sprejeli novico o nosečnosti?

Je bila nosečnost načrtovana? Ste razmišljali o splavu?

Kako je sprejel nosečnost partner in drugi bližnji?

Kako je potekala nosečnost? Kaj vam je v nosečnosti predstavljajo tveganje, težave, probleme, vas oviralo, skrbelo, vas morda ogrožalo? Vas je bilo česa strah?

Ali se je vaš odnos do odvisnosti in stil življenja v času nosečnosti spremenil?

Na kakšen način ste takrat uživali substance? Ste imeli predpisano še kakšno drugo terapijo?

Ste uživali alkohol? Ste kadili? Kako je to vplivalo na vaše počutje (zmanjševanje ali povečevanje)?

Kako ste v nosečnosti skrbeli zase?

Ste bili vključeni v substitucijski program? Ste se sami odločili za substitucijo? Se vam je zdela to boljša izbira?

Ste kdaj imeli abstinenčno krizo v času nosečnosti ali bili intoksicirani?

Ste imeli informacije o tem, kako vpliva droga na otroka? Kaj vas je skrbelo?

Kdaj ste prvič obiskali ginekologa? Ste redno hodili na ginekološke preglede? Ste ginekologu in drugim strokovnim službam povedali za težave z odvisnostjo? Kakšna je bila reakcija ginekologa?

Ste v programih pomoči (substitucijski program), v katerih ste bili vključeni zaradi težav z odvisnostjo, takoj povedali, da ste noseči? Kakšna je bila reakcija osebja?

Ste dobili vse informacije, ki ste jih želeli v času nosečnosti? Pri kom ste jih iskali?

Ste hodili v materinsko šolo? Kako ste se počutili? Kakšen je bil odnos drugih članov in osebja? Je bil prisoten tudi partner?

Ali jemljete kontracepcijo? Ste se sami za to odločili, ali so vam jo svetovali drugi?

Kako ste ravnali za nasveti strokovnega osebja?

Kako ste si pomagali sami? Kaj bi takrat potrebovali?

POROD IN POPORODNO OBDOJE

Kaj vam je ob rojstvu otroka, ob porodu ter v poporodnem obdobju predstavljajo tveganje, probleme, težave, vas oviralo, povzročalo skrbi, morda ogrožalo?

Ste v porodnišnici povedali, da imate težave z odvisnostjo? Kakšen je bil odnos strokovnega osebja?

Kako ste doživljali porod? Vas je bilo poroda strah? Kaj so vam svetovali? Kako ste doživljali porodno bolečino?

Ali je bil pri porodu prisoten tudi partner?

Kako ste se počutili v porodnišnici?

Ali je otrok imel abstinenčno krizo? Ste to vedeli že prej, da jo bo imel? Ste se nato pripravili?

Ste se o tem, kaj pogovarjali s strokovnimi delavci? Kako ste sprejeli abstinenčno krizo pri otroku?

Je imel otrok ob rojstvu, še kakšne druge težave?

Ali je bil otrok premeščen na intenzivni oddelek? Koliko časa je bil na intenzivnem oddelku?

Kako ste to sprejeli? Se vam zdi, da vam je bilo omogočeno dovolj stika z otrokom? Ste ga pogosto obiskovali? Koliko časa dnevno ste z njim preživeli? Ste bili tudi vi v tem obdobju še vedno hospitalizirani ali ste prihajali na obiske od doma?

Kakšna je vaša izkušnja z dojenjem? Vam je dojenje pri čem pomagalo?

Kako je to obdobje vplivalo na odvisnost? Na kakšen način ste uživali drogo, alkohol, tablete, substitucijo?

Ali vas je na domu obiskovala patronažna služba?

Kako ste se soočali s skrbjo in nego novorojenčka? Vam je bilo težko, naporno? Vam je kdo pomagal? Kaj bi takrat potrebovali?

OTROK- STARŠEVSTVO

Kaj vam je v času, ko je bil vaš otrok malček (star 1-2), predstavljajo tveganje, probleme, težave, povzročalo skrbi, omejevalo, morda ogrožalo?

Kaj vam je v času, ko je šel otrok v šolo predstavljajo tveganje, težave, probleme, vas oviralo, povzročalo skrbi, vas morda ogrožalo?

S kakšnimi težavami, ovirami ali skrbmi ste se srečevali, ko ste izvedeli, da ste zanosili? Ste imeli kakšne resnejše krize in kako ste jih obvladovali?

Kako ste doživljali lastno materinstvo, ko se je otrok rodil in odraščal? Kako se vam zdi, da vas doživlja okolica (starši, sorodniki, partner, odvisniška družba, strokovni delavci)? So vam drugi (sorodniki, prijatelji ali institucije) postavljali kakšne ovire?

Kakšen je odnos med vami in otrokom? S katerimi ovirami, težavami se srečujete pri vzgoji? Ali imate kakšne oporo pri vzgoji?

Kako zmorete otroku postaviti meje, imate pri tem težave? Kaj vas ovira?

Vas skrbi za otroka? Ima otrok kakšne težave, probleme, neprijetne izkušnje, zaradi katerih ste zaskrbljeni?

Ali hodi otrok v vrtec? Kako se otrok vključuje v družbo (vrtec, prstočasne dejavnosti)? Ali kdaj prihajajo k vam na obisk ali obratno, se udeležuje rojstnodnevnih zabav? Drugi starši vedo za odvisnost?

Ga vozite redno na preglede k pediatru, zobozdravniku? Ali ima pediater informacije o odvisnosti?

Ali hodite na govorilne ure v vrtec, šolo? Kakšen odnos imate z vzgojiteljicami, učitelji? Ima otrok kakšne učne težave? Ima pomoč v šoli?

Kdo v družini opravlja gospodinjska opravila (kuha, pospravlja, pere)?

Kakšno vlogo ima pri starševstvu in vzgoji odvisnost? Ali predstavlja kakšno tveganje za starševstvo in otroka?

Je bil otrok kdaj prestrašen, ga je bilo strah, da vas bo izgubil, da se vam bo kaj zgodilo?

Ali pred otrokom prikrivate uživanje droge? Kakšne so vaše strategije prikrivanja?

Kakšno vlogo imajo pri vzgoji otrokov oče, partner, stari starši? Se vam zdi, da vas pri vzgoji kdaj ovirajo, vam nasprotujejo?

Ali mislite, da otrok ve, prepozna, da imate težave z odvisnostjo? Kako se na to odziva? Kdaj in kako je otrok izvedel, da imate težave z odvisnostjo? Če ne ve, mu nameravate povedati?

Ali tudi otrok pred drugimi (učitelji, vrstniki, starimi starši) prikriva vašo odvisnost, uživanje drog? Kakšne so njegove strategije prikrivanja? Ali ga tudi vi kdaj spodbujate k temu?

Je kdaj otrok komu povedal, da imate težave z odvisnostjo? Kakšna je bila vaša reakcija?

Se vam zdi, da ste kdaj dali prednost drogi pred otrokom?

Kolikokrat ste bili za več časa ločeni od otroka? Kako ste ločenost od otroka doživljali vi in otrok? Kaj so bili razlogi za ločitev?

Ali se vam zdi, da kdaj niste zmogli poskrbeti zase in otroka in je otrok prevzel skrb za vas ali za sestre, brate?

Ali je bil po vašem mnenju, kdaj vaš otrok izpostavljen tveganju, nevarnosti, ali ogrožen zaradi uživanja drog? Kakšna je bila konkretna situacija? Kaj bi sedaj naredili drugače? Kaj bi vam takrat lahko pomagalo?

Če je otrok v rejništvu, kakšne so vaše izkušnje na tem področju?

Ali si želite kakšne spremembe pri svoji vlogi materinstva? Kaj si želite, da bi se spremenilo?

ODVISNOST- UŽIVANJE DROG

Koliko, vrste in na kakšen način ste uživali drogo in alkohol v času nosečnosti, ob rojstvu otroka in kot starš?

Kakšna je razlika pri vas, ko vzamete drogo ali ne vzamete droge, kako to vpliva na vas, kot starša, na otroka?

Kdaj uživata drogo? Kako je to povezano z otrokom?

Kdo poskrbi za otroka, če vas ni doma, ko greste po substitucijo? Ga vzamete s seboj?

Kje imate spravljeno drogo, pribor? Kaj naredite s priborom, ko ga uporabite? Je bil otrok kdaj priča uživanju drog?

Ali uživata drogo skupaj z drugimi, tudi v vašem stanovanju? Kje so takrat otroci?

Kaj naredite takrat, ko ste pod vplivom substanc, ali pa imate krizo? Kako so vaše reakcije ob tem? Ali otrok opazi vašo nihanja v razpoloženju? Kako se otrok odziva?

Koliko denarja porabite za drogo?

Kako je poskrbljeno za varnost otrok, ko uživate drogo?
Ste vključeni v substitucijski program? Kakšen vpliv ima substitucija na starševstvo?
Kakšne posledice ima za vas droga in alkohol? Kaj pa na otroka? Ste imeli kdaj overdose?
Ste bili kdaj na zdravljenju? Kakšne so vaše izkušnje? Kje je bil takrat otrok? Je otrok vplival na vašo odločitev za zdravljenje?
Ste kdaj imeli obdobje abstinence? Kaj vam je pomagalo pri abstinenci? Kaj so bili razlogi za recidiv?

SOCIALNA MREŽA

Kakšni so po vaši oceni odnosi s partnerjem, otrokovim očetom, starši, brati in sestrami, sodelavci, prijatelji, odvisniško družbo, okolico?
Kako se z njim razumete? Imate kakšne konflikte, skrbi, težave? Kakšen odnos imajo z otrokom? Kako se ob njih počutite? Mislite, da vas kdo ogroža? Mislite, da kdo ogroža otroka?
Se kdaj počutite osamljene?
Ali imajo tudi drugi člani družine težave z odvisnostjo?
Ali se je vaš odnos z odvisniško družbo spremenil, ko ste postali mati? Kako?
Kako družinski člani gledajo na vaše težave in kakšne posledice ima njihovo mnenje? Vas podpirajo, ali vam postavljajo ovire?
Vam kdo pomaga pri skrbi in vzgoji otroka?

STIGMATIZACIJA, DISKRIMINACIJA

Ali imate izkušnjo s stigmatizacijo, diskriminacijo v odnosu do drugih? S kom?
Kakšne so bile te situacije? Jih lahko opišete? Kje so se zgodile?
Kako se s takimi situacijami soočate? Kako reagirate?
Kakšna je bila vaša najhujša izkušnja v zvezi z diskriminacijo, stigmatizacijo (predsodki, stereotipi)?
Kakšne so vaše izkušnje z drugimi materami uporabnicami drog? Kako jih vi doživljate?
Ali ima vaš otrok izkušnjo s stigmatizacijo in diskriminacijo v odnosu do drugih? Kakšne so bile te situacije? Kako je po vašem mnenju to doživljal otrok?

ZDRAVJE IN DUŠEVNO ZDRAVJE

Kolikokrat v življenju ste bili hospitalizirani, ter zaradi katerih težav ste bili hospitalizirani?
Ste imeli kakšne težave z zdravjem v času nosečnosti, ob rojstvu otroka ter kasneje?
Ste imeli kakšne težave z duševnim zdravjem v času nosečnosti, poroda in v poporodnem obdobju, ter kot starš? Kdaj so se pojavile? Ste kdaj iskali pomoč (poporodna depresija, tesnoba, anksioznost...)?
Ste kdaj doživljali psihično ali fizično nasilje? S strani koga? Vam je kdo takrat pomagal?

KAZNIVA DEJANJA

Ste bili kdaj v kazenskem postopku?
Je bil otrok kdaj priča aretaciji, hišni preiskavi, preprodaji ali drugim kaznivim dejanjem?

Ste bili zaradi kaznivih dejanj kdaj na prestajanju zaporne kazni, tudi v času, ko je bil otrok že rojen? Zaradi katerih kaznivih dejanj ste bili kaznovani?

STROKOVNA POMOČ

Ali ste že iskali pomoč v zvezi z odvisnostjo in materinstvom? Ste kdaj hoteli poiskati pomoč, v času nosečnosti, ob rojstvu ali kot starš, pa ste se potem premislili? Kje so bile ovire?

Ste bili kdaj v stiku s strokovnimi službami v zvezi z otrokom (CSD, pediater, šolska svetovalna služba)? Kako so vam strokovni delavci, institucije pomagali v času nosečnosti, poroda in starševstva? Kako so pomagali otroku? Kakšne so bile konkretne situacije in izkušnje (pozitivne in negativne)?

Ste pred strokovnimi službami kdaj prikrivali, zanikali vaše težave z odvisnostjo? Kaj so bili razlogi?

Kakšne so vaše izkušnje v programih za obravnavo odvisnosti (visokopražni in nizkopražni programi)? Kako ste jih doživljali? Kje vidite prednosti in slabosti? Je bila v procesu obravnave izpostavljena tudi vaša materinska vloga? Je bil v proces pomoči vključen tudi otrok? Ste imeli omogočene stike z otrokom? Je bilo za vas in za otroka to dovolj?

Kakšno pomoč bi si želeli ali ste potrebovali v preteklosti in sedaj?

Se vam zdi, da bi bilo potrebno, da bi vi in otrok potrebovali posebno obliko pomoči, ki bi bila namenjena obema? Kako si to pomoč predstavljate?

Ali poznate programe pomoči v Sloveniji, kamor bi se lahko obrnili po pomoč? Kateri so ti programi?

Kaj menite o oblikah pomoči, ki jih sedaj imate na voljo v zvezi z zdravljenjem odvisnosti in vlogo materinstva?

Se vam zdi, da ste do sedaj dobili pomoč, ki ste jo potrebovali?

Kakšni so vaši predlogi in želje v zvezi z oblikovanjem pomoči glede vas in vaše vloge matere?

Priloga 2: VPRAŠALNIK ZA STROKOVNE DELAVKE IN DELAVCE

Splošni podatki o strokovnem delavcu;

Kaj ste po poklicu?

Kje ste zaposleni?

Koliko let delovne dobe imate, delovnih izkušenj?

Vprašanja povezana z odnosom, sodelovanjem, problemi, težavami, tveganji z materjo uporabnico drog in njihovimi otroci:

Opišite svoje delo z materami uporabnicami drog in njihovimi otroci? Kakšna je vaša vloga? Kakšne so oblike pomoči, storitve, ki jih nudite materi in njihovim otrokom?

Kako pridete v stik z materjo in otrokom? Kdaj se vključite v družino, (ob krizni intervenciji ali že prej)? Kje se vam zdi, da so glavne ovire, problemi, da ne pridete v stik z materjo in otrokom, ko bi pomoč potrebovali?

Kako matere in otroci sprejemajo vaše vključevanje v družino? Kakšni so njihovi odzivi, reakcije? Na čigavo pobudo se vključujete v družino?

Imate občutek, da matere želijo sodelovati z vami? Koliko se vam zdi, da vam zaupajo o svojih težavah, problemih? Se vam zdi, da vam določene informacije prikrivajo? Katere? Kaj so razlogi? Kaj pa otroci?

Kaj mislite, katerim tveganjem so izpostavljene matere uporabnice drog, ter s kakšnimi težavami, stiskami, problemi se srečujejo v času nosečnosti, ob rojstvu otroka, v predšolskem in šolskem obdobju? Kaj za njih predstavlja največje tveganje, težavo, skrb? Kaj vi prepoznavate kot tveganja, težave, pa jih matere ne?

Kaj mislite, katerim tveganjem so izpostavljene otroci, ter s kakšnimi težavami, stiskami, problemi se srečujejo po porodu, v predšolskem in šolskem obdobju? Ali se vam zdi, da so otroci ogroženi ali v nevarnosti, če je mati odvisna od prepovedanih drog? Ali se vam zdi, da uporabnice zmorejo skrbeti za otroka?

Ali se matere obračajo k vam po pomoč? V zvezi s čim? Kam jih usmerjate? Na kakšen način jim pomagata? Ali kdaj iščejo pomoč tudi glede nosečnosti, vzgoje, materinstva? Če pomoči ne iščejo, kaj menite, da so vzroki, kje so ovire?

Ali matere kdaj izrazijo strah pred tem, da bi jim otroke odvzeli? Na kakšen način vam to sporočijo? Ali je lahko strah pred odvzemom tudi razlog, da ne iščejo pomoči?

Kaj naredite z informacijo, ko izveste, da ima mati težave z odvisnostjo?

V kakšnem primeru obvestite pristojne službe v zvezi z materjo in otrokom? Kdaj tega ne naredite, pa se vam zdi, da bi morali? Kaj so razlogi, da ne posredujete določenih informacij? Ali obstajajo kakšni protokoli ali kriteriji, v katerem primeru je potrebno obveščati druge službe ali pa je to prepuščeno lastni presoji? Ali obstajajo tudi kakšni protokoli, na podlagi katerega ugotavljate, da v družini ni poskrbljeno za otroka, ki odrašča z materjo odvisno od prepovedanih drog?

Kakšno vlogo po vašem mnenju imajo svojci (partner, stari starši) pri vzgoji in skrbi otrok? Kakšen vpliv imajo svojci na odvisnost oziroma odvisniški slog življenja pri materi uporabnici drog? Ali tudi svojce vključujete v načrt pomoči?

Ali imate kakšen izkušnje s stigmatizacijo, diskriminacijo mater uporabnic drog in njihovih otrok? Kakšne so bile te situacije? Kako stereotipi in predsodki o materah, odvisnih od prepovedanih drog vplivajo na iskanje pomoči?

Ali bi matere, po vašem mnenju potrebovale pomoč zato, ker so odvisnice? Kakšno pomoč bi potrebovale? Kaj pa otroci?

Ali je v Sloveniji dovolj raznolikih programov za matereuporabnice drog in njihove otroke? Kaj na tem področju primanjkuje? Kaj bi se moralo spremeniti?

Ali te programe dobro poznate, bi lahko ocenili njihovo kakovost? Ali so kakšni programi potrebni, pa jih pri nas ni?

Kakšni so vaši primeri dobre prakse? Kateri so varovalni dejavniki pri materah uporabnicah drog, ter pri njihovih otrocih?

Vprašanja povezana s sodelovanjem, tveganji, problemi, težavami strokovnih služb

S kakšnimi težavami, ovirami se srečujete pri delu z uporabnicami drog? Ali delo z materami uporabnicami drog, za vas kot strokovne delavce, predstavlja tveganje? Ste se kdaj počutili ogroženi?

Kako se povezujete in sodelujete z drugimi službami? Ali so kakšne ovire? Katere? Se vam zdi, da delujete z drugimi službami po istih smernicah, protokolih? V čem so razlike?

Kako se vam zdi, da poteka pretok informacij med službami, ki so vključene v načrt pomoči? Prepoznate kakšne ovire? Kaj bi bilo potrebno narediti spremembe?

Se vam zdi, da imate dovolj znanja in informacij o specifičnih potrebah, težavah pri materah uporabnicah drog in pri njihovih otrocih? Kje se izobražujete? Kje pridobivate informacije?

Imate tudi vi, kot strokovni delavci, kakšne izkušnje s stigmatizacijo, diskriminacijo, ker delate z materami, odvisnimi od prepovedanih drog? Kakšen so bile te situacije?

Kakšni so vaši primeri dobrega sodelovanja med strokovnimi službami?

Priloga 3: Primer kodiranja izjav

Intervju št. 1

Izjava	Pojem
<i>I Zanosila sem tri tedne po zdravljenju sem zanosila.. Nikoli nisem imela točno menstruacijo, potem sem si hitro kupila test in sem vidla da sem noseča.</i>	nenačrtovana nosečnost
<i>I Jaz sem si želela imeti otroka in sem bila vesela te novice, in takrat sem bila itak čista in zaljubljena</i> <i>I sem bila zelo vesela tega otroka, mi ni bilo jasno kako to tako hitro sam sem bi res vesela</i>	veselje ob novici, da je noseča zaželjen otrok
<i>I takrat mi na kraj pameti ni padlo, da bi naredila splav</i>	o splavu ni razmišljala
<i>I bruhala sem devet mesecev</i>	fizične težave v nosečnosti
<i>I Tudi doma so bili veseli, doma so me vedno silili s tem otrokom..</i>	veselje svojcev in partnerja
<i>I Abstinirala sem celo nosečnost</i>	vzdrževanje abstinence v času nosečnosti
<i>I mi je bilo težko abstinirati,</i> <i>I če ne bi bila noseča bi že prej recidivirala</i>	težko vzdrževala abstinenco nosečnost kot motivacija za abstinenco želja po drogi v času nosečnosti
<i>I Meni je bila v času nosečnosti zelo težko vzdrževati abstinenco</i> <i>I zato ker sem bila najprej na antidepresivih, ko sem izvedela, da sem noseča sem takoj nehala Ampak sem vedela da ne smem nič vzeti, če ne bila noseča bi že prej</i>	nosečnost kot motivacija za neuporabo droge

<i>recidivirala</i>	prekinitev jemanja zdravil zaradi nosečnosti
<i>I Že v nosečnosti sem vidla, da jaz z njim ne morem biti, ter, da bova šla narazen. Ko sem bila par mesecev noseča sem že videla, da ne bom bila z njim, da nisva za skupaj, bil je samotarski egoist, nobenemu ne bi nič dal.</i>	konflikti s partnerjem v času nosečnosti
<i>I Partner je ful pil že ko sem bila noseča</i>	partnerjeva odvisnost
<i>I na skrivaj in nisem opazila, ker njemu se ni nič poznalo. tudi metadon je na skrivaj pil, jaz tega nisem vedla, za pijačo sem vedla za drugo sem potem izvedela.</i>	partnerjevo prikrivanje uživanja droge
<i>I Ful sem bila živčna non stop sem jokala mogoče</i>	težave z razpoloženjem v času nosečnosti
<i>I doktor me je hotel že dati na metadon, na majhno dozo, nekako potem nisem hotela, ni mi bilo</i>	kljub težavam abstinirala
<i>I Bala sem se poroda</i>	strah pred porodom
<i>I Ginekologinja je vedela, da imam težave z drogo, priporočil mi jo je doktor na metadonskem centru,</i>	ginekologinji povedala za odvisnost
<i>I ker se edina ukvarja z materami odvisnimi od prepovedanih drog.,</i>	izkušnje ginekologinje z materami odvisnicami
<i>I ona mi je tudi govorila, da se ne smem zadeti pred porodom, ker se jih veliko zadene, da ne čutijo bolečine</i>	informiranje in nasveti ginekologinje
<i>I Nikoli nisem odnos strokovnega osebja do mene negativno</i>	zadovoljstvo z odnosom strokovnega osebja in ginekologinje

<p><i>I imeli sem zelo dobre odnose nikoli obsajajoče,</i></p> <p><i>I tudi ginekologinja, je imela že prej informacije o meni, in se je s porodnicami odvisnimi od prepovedanih drog tudi ukvarjal</i></p>	<p>neobsajajoč odnos</p> <p>ginekologinja imela izkušnje z materami odvisnicami</p>
<p><i>I Imela sem vse informacije o tem kako droga vpliva na plod, kakšne so posledice uživanja droge,</i></p> <p><i>I. nisem hotela vzeti, ker če bi bilo kaj narobe z otrokom bi rekli, da je to zaradi tega ker sem jaz odvisnica, čeprav jih poznam veliko, ko so rodile na metadonu in ni imel otrok nobenih posledic, vedla sem tudi, da če si na heorinu, da ima otrok krizo, da pa nima nekih drugih stranskih učinkov</i></p>	<p>informacije o vplivu droge na nerojenega otroka</p> <p>droge ni vzela zaradi kritike osebja</p> <p>želja po drogi</p>
<p><i>I Jaz sem v Ljubljani povedala, da ima težave vendar v odpustnici mi niso nič napisali.</i></p>	<p>v porodnišnici so imeli informacije o odvisnosti</p>
<p><i>I Imam ful slabe spomine na porod zelo me je bolelo, stokrat rajši imam abstinenčno krizo kot pa še en porod.</i></p>	<p>slabi spomini na porod</p> <p>primerjanje z abstinenčno krizo</p>
<p><i>I Dojila nisem, najprej zaradi tega, ker sem v telesu imela protitelesa za hepatitis, potem bi morala teste ponoviti in jih potem nisem in so mi v porodnišnici rekli, da boljše da ne dojam</i></p> <p><i>I pa tudi otrok . ni imel sesalnega refleksa, njemu so dajali mleko že v flaši v bolnici</i></p>	<p>prekinitev dojenja po nasvetu v porodnišnici</p> <p>otrok ni imel sesalnega refleksa</p>
<p><i>I Takoj po porodu sem se zadela, že prvi dan mi je partner v porodnišnico prinesel drogo</i></p>	<p>recidiv takoj po porodu</p>
<p><i>I Ko sem prišla iz porodnišnice mi je pomagala mama, bila je z mano ena dva meseca, ker je bilo veliko obiskov, rekla, je da bo ostala 2 tedna potem je ostala 2 meseca</i></p>	<p>pomoč mame pri negi otroka</p>
<p><i>I Bil je zelo priden otrok, spal je cele noči tako da z njim sploh nisem imela težav</i></p>	<p>nezahteven dojenček</p>

<p><i>I jaz sem se sicer zadevala, igrala računalnik,</i></p> <p><i>I sem ga šla gledat cele noči sploh se ni zbudil edino enkrat je jokal</i></p>	<p>aktivno uživanje droge v poporodnem obdobju</p> <p>navidezna varnost</p>
<p><i>I Jaz imam redno službo že dest let, tam tudi vejo, da imam težave z odvisnostjo</i></p> <p><i>I pri zdravljenju me podpirajo</i></p>	<p>redno zaposlitev</p> <p>podpora pri zdravljenju s strani službe</p>
<p><i>I drugače so nas finančno preživljali moji starši, plačevali položnice</i></p>	<p>finančna pomoč staršev</p>
<p><i>I Ko sem prišla iz zdravljenja smo se že na oddelku zmenli, da bo mama nekaj časa živela pri naju.</i></p>	<p>pomoč matere</p>
<p><i>I jaz nimam nobene besede se moram prav skregat glede sina</i></p>	<p>prepuščanje odločitev mami</p>
<p><i>I Jaz upam, da ne bom skoz živela z mamo</i></p> <p><i>I Vprašala sem jo do kdaj misli živeti pri meni, mi je rekla da dokler se ni bom našla nekega normalnega, ponavadi, ko sem dobila partnerja je ona šla.</i></p>	<p>nezaupanje staršev</p> <p>kontrola in nadzor s strani staršev</p> <p>prepuščanje odločitev staršem</p>
<p><i>I starši niso vedeli, da sem jaz ponovno na drogi, oče je izvedel sedaj, ko sem se prišla zdraviti, mama pa pred dvema leti, ko je bil sin star dve leti</i></p>	<p>prikrivanje uživanje droge pred svojci</p>
<p><i>I Ko sem bila trezna mi je bilo veliko težje skrbeti zanj, no mogoče zdaj mi je malo boljše, jaz sem rekla na začetku, da ne morem več vse me je ful utrudlo, predvsem na izhodih in sedaj na začetku, ko sem bila zunaj</i></p>	<p>skrb za otroka težje v abstinenci</p>
<p><i>I ko si zadet še bolj govoriš več, verjetno sem se jaz še z njim bolj pogovarjala, bi se rada enkrat posnela,</i></p> <p><i>I kinkala res nisem sam kdo ve kaj kaj sem jaz govorila, ponavadi eno in isto ponavljam, to mi je že mama rekla, po tem se mi vidi, da sem zadeta. Kdo ve kaj kaj</i></p>	<p>pod vplivom droge pred otrokom</p>

<p><i>sem njemu govorila«.</i></p>	<p>kontrola uživanje droge pred otrokom</p> <p>pred otrokom ni kinkala</p>
<p><i>I Meni ni bilo težko z njim, ker sem bila skoz zadeta, če pomislim, zdaj, ko sem prišla iz zdravljenja mi je bilo ful utrujajoče, imela sem tudi slabo vest, če bom jaz tako, kaj bo s tem otrokom.«</i></p>	<p>lažje skrbela za otroka pod vplivom droge</p> <p>slaba vest zaradi razmišljanja o drogi</p>
<p><i>I Ne vem kaj se je dogajalo z mano, mogoče tudi zaradi tega, ker sem imela predpisano terapijo zaradi obsesivne kompulzivne motnje</i></p> <p><i>I skoz sem bila utrujeno, hodila sem spat popoldne,</i></p> <p><i>I nič nisem mogla naredit doma, ker nisem mogla,</i></p>	<p>pridružena duševna motnja</p> <p>utrujenost</p> <p>ni zmogla skrbeti za gospodinjstvo</p>
<p><i>I Če ne bi bilo moje mame ne vem kako bi, sploh ne vem kako mi bi to ratalo, po eni strani ji govorim naj gre domov, po drugi strani pa ima tudi tako službo</i></p> <p><i>I da ne vem kako bi vse to zmogla, skrb za sina, ga iskat v vrtec, mu dat jest.«</i></p>	<p>dobrodošla pomoč matere pri skrbi za otroka</p> <p>brez pomoči ne bi zmogla</p>
<p><i>I Tudi zdaj, ko sem ga hotela peljati na sneg, je rekla, ga bom prehladila ga boš to, naj ga peljam samo do Kozine, kaj bo š hodila naprej. Pa sem ji rekla, pa saj ni tvoj otrok, pa je rekla, da mi ga ne da za na sneg.</i></p> <p><i>I Enkrat sem rekla za foro, da se bom odselila, pa je rekla, saj ti nisi normalna pa misliš, da ti bom dala otroka s tabo.</i></p>	<p>mati ji ne zuapa otroka</p> <p>mati prevzema skrb za otroka</p>

<p><i>I če bi bili pri tebi bi bil lačen. Ona je tako obsedena, da je kupila digitalno vago in vedno, ko je prišle k njej ga je vagala</i></p>	<p>mati ji ne zaupa otroka</p> <p>mati prevzema skrb za otroka</p>
<p><i>I potem je vmes ta hrana ona ga toliko provocira s to hrano, da ni čudno, da noče jestona njemu dela štiri kosila</i></p>	<p>mati prevzema skrb za otroka</p>
<p><i>I včeraj sem ga šla iskat v vrtec in me ni bilo tri urem saj grem ven sam potem mi pa teži, da nimam reda, da ga vlačim povsod po dežjue</i></p>	<p>otroka ji mam ne zaupa</p> <p>bežeanje od kontrole matere</p>
<p><i>I pa sem ji rekla, če bo morala biti celo življenje vezana nanjo</i></p>	<p>skontrola in nadzor s strani mame</p>
<p><i>I Kot familija, ko sva živela skupaj s partnerjem na ven zgedalao vse ok. Hodili smo okrog skupaj z otrokom, če bi nas kdo od zunaj gledal bi rekel idealno familija, tudi velikokrat je hodil oče dol od partneja in smo veliko skupaj hodili ven</i></p> <p><i>I potem smo se skupaj zadevali potem sva se začela kregat in sem se jaz posebej in on posebej ,</i></p> <p><i>I jaz sem jemala vendar nikoli nisem kinkala , meni se nič ni vidlo ni bilo opazit.«</i></p>	<p>navzen idealna družina</p> <p>konflikti s partnerjem</p> <p>skupno zadevanje s partnerjem</p> <p>prikrivanje odvisnosti drug pred drugim</p>
<p><i>I Mogoče je to dobro, da je on v zaporu, ker je šlo toliko časa mimo.</i></p> <p><i>I Sploh ne vem kaj naj naredim živela sva skupaj dve leti , on je bil tako priden veliko se je ukvarjal z otrokom</i></p>	<p>sedanji partner v zaporu</p> <p>ambivalentnost do odvisniškega partnerskega odnosa</p>
<p><i>01«Jaz ponavadi vsem govorim, da dva partnerja, ki sta imela težave z drogo ne moreta biti skupaj, dvakrat se mi je to že zgodilo, po tiho si pa mislim, da bi lahko bila skupaj.</i></p>	<p>uvid v rizičnost odvisniškega partnerskega odnosa</p> <p>upanje da bosta lahko</p>

	skupaj
<p><i>I v prostem času grem na sprehode, se grem drsat z njim,</i></p> <p><i>I hotela sem ga nekam vpisat ampak se mi zdi, da je še premajhen za kakšno aktivnosti, več ali manj se z njim sprehajam</i></p>	<p>aktivno preživljanje prostega časa z otrokom</p> <p>vključevanje otroka v pristočasne dejavnosti</p>
<p><i>I Sem imela slabo vest, ker me je velikokrat utrudil, ampak je sedaj boljše, grem z njim ven in je ok. Prej sem bila doma z njim in skozi te igrice po računalniku in tudi meni se to ne da po nekem času. In potem imam slabo vest, tri ure se mi ne da igrati z njim«</i></p>	<p>občutki krivde če se ne ukvarja z otrokom</p>
<p><i>I Bolj bi morala postaviti meje, njemu in sebi,</i></p> <p><i>I Tako, kakor ga ja z vzgajam ni nič dobro, če nima mej,</i></p> <p><i>I to je bilo isto pri meni doma, jaz jih tudi nisem imela pa je sedaj tako kot je</i></p>	<p>nepostavljanje mej otroku</p> <p>brezmejna vzgoja</p> <p>lastne izkušnje iz otroštva</p> <p>dvom v ustreznost vzgoje</p>
<p><i>I Če mi kupiš kar hoče, ker si on si neki skozi zmišljuj</i></p> <p><i>I meni je ful lažje če mu kupim, da je vesel vsaj 5 minut.«</i></p>	<p>kupovanje materialnih dobrin</p> <p>kupovanje zaradi slabe vesti</p> <p>takojšnja zadovoljitev potreb otroka</p>
<p><i>I Najhujše mu je reči ne,</i></p> <p><i>I ker imam slabo vest, ker sem se drogiral in si mislim, kako ob on mene to gledal</i></p> <p><i>I in potem hočeš neki kompezirati in misliš, da boš to nadomestil in ja samo še slabše.</i></p>	<p>težko ji je reči ne</p> <p>popuščanje zaradi občutkov krivde</p> <p>kompenzacija</p>

<i>I Včasih me spravi ob živce, partner se lahko z njim ukvarja 5 ur pa ni bil živčen</i>	razdražljivost ob ukvarjanju z otrokom
<i>I Pri enem letu in pol je šel v vrtec potem je bil skozi bolan, zaradi tega sem ga izpisala iz vrtca, takrat ga je varovala potem mama.</i> <i>I Sedaj pa zopet hodi v vrtec in tam nima nobenih težav.</i>	otrok je vključen v vrtec v vrtcu nima težav
<i>I pediatrinja ni vedla, da imam jaz težave z drogo, nisem nič rekla, ker mi tudi ni pisalo v kartoteki</i>	prikrivanje odvisnosti pediatrinji
<i>I v odpustnici mi niso nič napisali, nerodno mi je bilo, pred drugimi nisem hotela govoriti</i>	prikrivanje zaradi stigmatizacije
<i>I ko sem v službi starši poskrbijo zanj</i>	pomoč staršev je dobrodošla
<i>I Sin nima nobenih zdravstvenih težav,</i> <i>I Sina sem redno vozila k pediatru, nikoli ni imel nobenih zdravstvenih težav</i>	otrok nima posledic redni pregledi pri pediatru
<i>I Tudi danes mi ne plačuje preživnien za otroka nič ne da, ga ne obiskuje nič, čeprav vseeno mislim, da ga je imel rad,</i> <i>I pa sploh ne morem verjet, kaj se dogaja v njegovi glavi, da ve da ima sina in da nič ne naredi«</i>	neplačevanje preživnine otrok nima stikov z očetom
<i>I z v sem živela dve leti, on je bil tako priden, lepo je skrbel za sina še bolj kot jaz., on se je veliko časa ukvarjal z njim, on je bil lahko z njim 5 ur pa ne bi bil živčen, on je imel otroka rad in prav tako roko.«</i>	dober odnos sedanjega partnerja z otrokom
<i>I Sedaj sem velikokrat razmišljala, da bi bilo z drogo veliko lažje vendar me je sedaj minilo,</i> <i>I ko vidim njega si mislim, kaj on pri meni vidi.«</i>	z drogo bi bilo lažje skrbeti za otroka otrok motivacija za neuživanje droge

<i>I tuki so še moji starši in on je edini tam in oni vse narobe počnejo</i>	nezaupanje v vzgojo staršev
<i>I moj oče mu kupi vse kar si zmisli, ko očeta ne bo več jaz mu vsega ne bom morala kupiti</i>	razvajajo otroka s strani staršev
<i>I On nikoli mi nič ni rekel, da sem drugačna., ko sem šla sedaj v bolnico in me je vprašal kam grem</i> <i>I sem rekla, da grem v bolnico zaradi prsta.,</i>	otrok ne opazi težav prikrivanje pred otrokom
<i>I Jaz se pred njim nikoli nisem zadevala. Vzela sem takrat, ko je šel spat ali pa takrat, ko je bil pri starših, pred njim nikoli</i>	izogibanje uživanju droge pred otrokom
<i>I Sedaj sem mu rekla, da sem v bolnici zaradi prsta,</i> <i>I saj jaz bi njemu rekla, da sem bila odvisnica, samo zdaj mu tega še ne morem povedati je še premajhen.</i>	odsotnost od otroka razkrivanje skrivnosti
<i>I Bojim se, da bi bil tudi moj otrok kdaj na drogi</i> <i>I in potem sem razmišljala kaj je on pri meni videl</i>	strah, da bi tudi otrok imel težave z drogo strah kaj je otrok videl
<i>I še nikoli se niso vključile službe iz CSD,</i> <i>I ker ni bilo nikoli razloga zato</i> <i>I sem se zadevala vendar sem vedno poskrbela za sina, vedno je imel za jest.«</i>	ne vključevanje CSD ni bilo razloga za posredovanje CSD kljub odvisnosti poskrbela za otroka
<i>I V zvezi z vzgojo otroka še nisem nikoli iskala nobene pomoči</i>	glede vzgoje otroka ni iskala pomoči

<i>I ker se mi zdi, da je nisem potrebovala</i>	pomoči pri vzgoji ne potrebuje
<i>I rada bi da imam jaz tam glavno vlogo ne pa moji starši</i>	želja, da bi imela pri otroku glavno besedo
<i>I po drugi strani sem odvisna od njih in jaz se ne morem nekam odseliti</i>	odvisnost od staršev
<i>I velikokrat prepustim staršem odločitev</i>	prepuščanje odločitev staršem
<i>I jaz ne morem njim reči, da ne morejo priti v moje stanovanje, ker je to njihovo, ne morem jim reči pejte stran</i>	materialna odvisnost od staršev
<i>I nikoli ni bil odnos strokovnega osebja do mene negativen, nikoli obsajajoč</i>	pozitiven odnos strokovnega osebja
<i>I ne vem kako bo on to doživel, ko bo izvedel, kaj je bilo z mano</i>	strah kako bo otrok sprejel odvisnost

Priloga 4: Ureditev izjav po kodah in združevanje v kategorije

Strategije zmanjševanja škode v nosečnosti

- prekinitev uživanja droge

1 Abstinirala sem celo nosečnost

25 ko sem izvedela, da sem noseča sem takoj nehala uživati drogo

16 In takrat sem tudi prenehala in nisem imela nobene krize

- stabilnost na substitucijski terapiji

23 da sem celo nosečnost vzdrževala stabilno dozo metadona.

7 nisem nič jemala, samo tist metadon in antidepresive, pa čisto nič drugega

14 Trenutno imam odmerek 120mg ravna ta teden mi ga je zdravnik dvignil, prej sem ga imela 100

19 Jaz sem se ravno prijavila na metadon in sem izvedela, da sem noseča, zdravnik rekel, da moram ostati na metadonu

-informiranje o tveganjih in posledicah

1 Imela sem vse informacije o tem kako droga vpliva na plod, kakšne so posledice uživanja droge

10 Vse informacije v zvezi z metadonom koliko ga moram jemati, kako vpliva lahko droga na dojenčka mi je dal psihiater v metadonskem centru

5 veliko stvari razložila glede metadona glede krize, kako bo potekala abstinenčna kriza

17 tako po ovinkih ne direkt, ker sem se bala, da mi bodo pobrali otroka

32 sem gledala na internet, sem brala te forume,

40 heroin občasno ampak za MTD in Sanvale je vedla, za drugo me ni vprašala.

- neinformiranje o tveganjih in posledicah s strani strokovnega osebja

7 Med nosečnostjo nisem dobila nobenih informacij kako droga vpliva na otroka

23 Sem hotela to vse preverit pri ginekologu, pa je bilo to že prepozno za razne preglede

- razkritje v korist otroka

6 bila potem z vsemi odkrita bila pripravljena na vse, ker sem si želela tega otroka

17 Enkrat ko smo imeli večerjo, sem potem sama šla krožnike umivat, pa glih tisti dan je mami prišla, potem pa sem povedala

25 Takoj sem povedla, ker me je bilo strah, kaj bo z otrokom

- več pregledov

12 V času nosečnosti sem redno hodila na ginekološke preglede

7 zato sem šla delat test za mongoloidnost, pa je bilo vse ok.

3 skozi sem tudi hodila na ultrazvoke

14 Ko sem bila noseča sem na vsake tri tedne hodila na ultrazvok

23 Imela sem več pregledov

17 Več sem hodila na preglede

- skrb za zdravje

7 Zelo sem se čuvala med nosečnostjo

12 jedla sem zdravo, ker sem hotela da bi bilo čim boljše za otroka

18 že prej sem prekinila z metadonom, ker nisem hotela, da bi si kaj očitala

15 jedla sem vitamine, zmanjšala sem kajenje, zelo sem se pazila

- upoštevanje nasvetov strokovnega osebja

4 striktno se držim tega kar mi reče zdravnik.

13 sem potem klicarila naokoli kako pa kaj in so mi potem povedali, da na tej dozi kot sem moram to vzdrževati, rekli so mi, da naj ne neham uživati metadona, ker bi to zelo slabo vplivalo na otroka

5 in mi je potem zdravnik rekel, da moram ostati na metadonu na istem odmerku

34 Premalo je pogovorov in seznanjanja s tem, kako droga vpliva na otroka, jaz nisem imela nobenih informacij.

10 sem šla v posvetovalnico, kjer so mi povedali, katera zdravila naj jem

- obiskovanje materinske šole

2 hodila sem v materinsko šolo

4 sem hodila ampak se nisem dobro počutila, nisem spadala tja. Potem sem nehala

- pridobivanje informacij pri drugih materah uporabnicah

5 prej so bile te znanke, ki so bile na drogi so mi dale čisto druge informacije, pa tudi moja sestra mi ni povedala ok. Informacij, kako je vse grozno, kako boli, kako otrok trpi

4 sicer poznam nekaj mam v Mariboru, ki imajo otroka, vendar ti nobena točno ne pove kako je

16 sem spraševala okrog. Rekle so, da naj ne povem ginekologinji, ker bi mi vzeli otroka

- odmik od odvisniške družbe

17 on je še bolj jemal drogo, zato sem z njim prekinila. Nisem hotela, da je zraven

9 počutila sem se osamljeno, ker sem takrat z vsemi prekinila

18 rekla sem mu, da mora prenehati s kriminalom, ker to ne bo v redu za nas.

- strah pred posledicami

13 strah tega, da ne bom imela občutkov do otroka. Dul sem se bala, ista kot mati si

5 Dul me je bilo strah poroda, kako bo z otrokom kaj bo, krize kako bo otrokom, kakšen bo otrok,

11 pa da ne bi bil prizadet od teh drog

*- **samoreguliranje***

7 Jaz sem vse to po svoje jemala. Jaz sem mal krizirala, mal jemala, zato je bil tudi sin malo prezgodaj rojen

12 vedela sem, da ne smem nehat z metadonom, nisem pa hotla tja it, zato sem si sama regulirala

23 nisem povedala koliko dejansko rabim, zato sem dodatno jemala, ker vem da sem ga rabila

33 nhela sem z alkoholom, ker sem slišala, da to ni ok. Drugo sem morala jemat, ker drugač bi imela krizo