

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

VESNA MEJAK

**DOŽIVLJANJE MATERINSTVA IN POTREBE PO POMOČI
PRI ŽENSKAH, ODVISNIH OD PREPOVEDANIH DROG**

MAGISTRSKO DELO

Ljubljana, 2010

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

VESNA MEJAK

**DOŽIVLJANJE MATERINSTVA IN POTREBE PO POMOČI
PRI ŽENSKAH, ODVISNIH OD PREPOVEDANIH DROG**

MAGISTRSKO DELO

Mentorica: izr. prof. dr. Gabi Čačinovič Vogrinčič

Ljubljana, 2010

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici izr. prof. Gabi Čačinovič Vogrinčič za usmeritve in napotke pri pisanju magistrske naloge. Zahvala gre tudi mojima staršema, ter celotni moji družini, predvsem pa se zahvaljujem Robertu, ki me je ves čas vzpodbujal in mi stal ob strani.

**DOŽIVLJANJE MATERINSTVA IN POTREBE PO POMOČI PRI ŽENSKAH
ODVISNIH OD PREPOVEDANIH DROG
(Povzetek)**

V tej nalogi sem želela iz perspektive mater uživalk prepovedanih drog ugotoviti kako doživljajo nosečnost, rojstvo ter vlogo matere, s kakšnimi problemi, stiskami in težavami se srečujejo v času nosečnosti, ob rojstvu otroka ter kasneje v vlogi matere, kakšne oblike pomoči jim nudijo institucije ter kakšne oblike pomoči bi matere odvisne od prepovedanih drog potrebovale. Zanimalo me je ali se njihov življenjski stil oziroma odnos do odvisnosti z nosečnostjo, ter z rojstvom otroka spremeni (odnos do droge, socialna mreža, partnerski odnos, socialni ekonomski položaj).

Deskriptorji: postmoderna družina, spremembe v družini, socializacija, odvisnost, ženske, nosečnost in odvisnost, otrok, odvisniške družine, oblike pomoči, socialno delo z družino

**EXPERINCE OF MOTHERHOOD AND NEEDS FOR HELP IN WOMEN WITH
DRUG ADDICTION
(Abstract)**

In this work I will present experience of mother with substance abuse and their experience with pregnancy, childbirth and the role of mother. What kind of problem, troubles and distress they have in this periods and what kind of help can they get from different insitutions and what kind of help do they actually need. I will also try to discover if pregnancy, childbirth and motherhood has an impact on changing their life still (atiitude toward drug, social networking, partnership, socio-economic status).

Descriptors; postmodern family, changes in family, socialization, addiction, women, pregnancy and drug abuse, motherhood and drug abuse, child, family and addiction, need for help, social work in family

KAZALO

UVOD	7
1. DRUŽBENA KONSTRUKCIJA STARŠEVSTVA	9
1.1 Spremembe v družini	9
1.1.1 <i>Postmoderna družina</i>	10
1.1.2 <i>Pluralizacija družine</i>	12
1.1.3 <i>Deinstitucionalizacija družine</i>	13
1.1.4 <i>Nove dimenzije starševstva</i>	15
1.2 Družinski sistem	16
1.3 Socializacija v družini	17
1.4 Vloga materinstva	20
1.5 Vloga očetovstva	22
1.6 Vloga otroka in protektivno otroštvo	24
2. ODVISNOST	27
2.1 Teorije odvisnosti	27
2.2 Pojem odvisnosti in razvojne faze odvisnosti	27
2.3 Tipologije uporabnikov drog	30
2.4 Dejavniki tveganja in zaščite	32
2.5 Posledice odvisnosti	33
2.5.1 <i>Socialna in osebna škoda</i>	33
2.5.2 <i>Pravnoformalna škoda</i>	34
2.5.3 <i>Škoda za zdravje</i>	34
2.5.4 <i>Stigmatizacija</i>	34
2.6 Razširjenost drog v Evropi in Sloveniji	37
2.7 Politika do drog na območju EU in v Sloveniji	39
2.8 Programi pomoči	41
2.9 Programi visokega praga	42
2.9.1 <i>Visokopražni abstinenčni programi</i>	42
2.9.2 <i>Detoksikacija</i>	43
2.9.3 <i>Komune in terapevtske skupnosti</i>	43
2.10 Programi nizkega praga	44
2.10.1 <i>Socialno delo, ki sprejema uživanje drog</i>	45
2.10.2 <i>Program zdravljenja z metadonom</i>	46
2.10.3 <i>Terensko delo z uživalci drog – koncept zmanjševanja škode</i>	47
2.10.4 <i>Socialna reintegracija</i>	47
3 ŽENSKÉ IN ODVISNOST	49
3.1 Razlika med spoloma pri uporabi drog	49
3.2 Vpliv socializacije na razvoj odvisnosti	51
3.3 Specifičnost žensk pri pojavu odvisnosti	52
4 MATERINSTVO IN ODVISNOST	56
4.1 Nosečnost in odvisnost	56
4.1.1 <i>Težave med nosečnostjo</i>	58

4.1.2	<i>Vpliv droge na nerojenega otroka</i>	59
4.1.3	<i>Rojstvo otroka</i>	60
4.2	Stigma mater odvisnic	61
4.3	Značilnosti odvisniških družin	62
4.4.	Odraščanje otrok v odvisniških družinah	64
5	POMOČ MATERAM, ODVISNIM OD PREPOVEDANIH DROG	68
5.1	Odnos strokovnega osebja do mater, odvisnih od prepovedanih drog	68
5.2	Smernice za oblikovanje pomoči materam in otrokom	69
5.3	Upoštevanje razlik med spoloma v socialnem delu	72
5.4	Programi pomoči v Sloveniji	73
5.4.1	<i>Centri za socialno delo</i>	73
5.4.2	<i>Društvo Mama Zofa</i>	76
5.4.3	<i>Zavod Tamala</i>	76
5.4.4	<i>Komune in terapevtske skupnosti</i>	77
5.4.5	<i>Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (primer dobre prakse)</i>	77
5.5	Socialni koncept pomoči pri delu z družino	80
5.6	Vzpostavljanje delovnega odnosa in izvirni delovni projekt pomoči	80
5.7	Načini ravnanja v socialnem delu z družino	81
5.7.1	<i>Sistemska socialno delo</i>	81
5.7.2	<i>Ravnanje iz perspektive moči</i>	83
5.7.3	<i>Pogovor v socialnem delu z družino</i>	84
5.7.4	<i>Socialno delo z družino v skupnosti</i>	85
6.	PROBLEM	86
7.	METODOLOGIJA	88
7.1.	Vrste raziskave	88
7.2.	Populacija	88
7.3.	Merski instrumenti in viri podatkov	95
7.4.	Obdelava in analiza podatkov	95
8.	REZULTATI IN RAZPRAVA KVALITATIVNI DEL	98
8.1	Nosečnost	98
8.1.1	<i>Načrtovanje nosečnosti</i>	98
8.1.2	<i>Strategije zmanjševanja škode</i>	99
8.1.3	<i>Počutje</i>	100
8.1.4	<i>Odnos do odvisnosti</i>	101
8.1.5	<i>Partnerski odnos</i>	101
8.1.6	<i>Odnos do staršev</i>	102
8.1.7	<i>Socialna mreža</i>	103
8.1.8	<i>Odnos do strokovnih služb</i>	103
8.2	Porod in poporodno obdobje	105
8.2.1	<i>Doživljanje poroda</i>	105
8.2.2	<i>Abstinenčna kriza otroka</i>	105
8.2.3	<i>Dojenje</i>	106
8.2.4	<i>Počutje</i>	107
8.2.5	<i>Odnos do odvisnosti</i>	107
8.2.6	<i>Odnos s partnerjem</i>	108

8.2.7	<i>Odnos do staršev</i>	109
8.2.8	<i>Odnos do strokovnih služb</i>	109
8.3	Materinstvo in vzgoja otroka	110
8.3.1	<i>Skrb za otroka</i>	110
8.3.2	<i>Vzgoja otroka</i>	112
8.3.3	<i>Težave z duševnim zdravjem ter občutki krivde</i>	114
8.3.4	<i>Odnos do odvisnosti</i>	114
8.3.5	<i>Partnerski odnos</i>	115
8.3.6	<i>Odnos s starši</i>	116
8.3.7	<i>Socialna mreža</i>	117
8.3.8	<i>Odnos do strokovnega osebja</i>	118
8.3.9	<i>Socialnoekonomski položaj matere</i>	120
8.4	Oblike pomoči	121
8.4.1	<i>Želje in potrebe po pomoči v odnosu do sebe</i>	121
8.4.2	<i>Želje in potrebe po pomoči v odnosu do otroka</i>	122
9.	REZULTATI IN RAZPRAVA KVANTITATIVNI DEL	124
10.	SKLEPI	127
11.	PREDLOGI	130
12.	VIRI	132
12.1	LITERATURA IN ELEKTRONSKI VIRI	132
12.2	KAZALO TABEL	137
12.3	KAZALO PRILOG	137
13.	PRILOGE	138

UVOD

Nosečnost, rojstvo otroka in zgodnje materinstvo sodijo med ključne življenjske prehode, ti pa so zaznamovani z vsakokratnimi družbenimi in individualnimi pomeni. Še vedno velja, da je odločitev za materinstvo ena najpomembnejših odločitev v življenju sodobne ženske, med drugim zaradi identifikacijskih pomenov materinstva za ženske. V večini tako imenovanih razvitih družb danes materinstvo pomeni prevzemanje izjemne odgovornosti za otroka in dolgoletno zavezo k odgovornemu starševstvu.

V pogojih sodobnega materinstva se ženski (materin) vložek v otroka povečuje, skrb se časovno povratno razteza iz obdobja po otrokovem rojstvu v nosečnost pa tudi že v čas pred spočetjem. (Drglin, 2009) V vsakokratni želeni obliki materinstva posameznica uresničuje individualne izbire znotraj zamejenega polja sprejemljivih možnosti; kar sega onstran, je nenormalno pogosto izenačeno s patološkim, bolezenskim, motenim. Ženske se odločajo za materinstvo v najrazličnejših življenjskih okoliščinah in kulturno določeni predstavi o idealni materi, ki pa ji ustreza le del žensk.

Ženske, ki postajajo matere, so zelo pestra skupina; ženske s težavami v duševnem zdravju, ženske v samostojnem starševstvu, ženske s prtljago iz otroštva, ki določa njihovo intrapsihično dinamiko, ter ženske, odvisne od prepovedanih drog, katerim se posvečam v magistrski nalogi. Dejstvo je, da število uživalk prepovedanih drog narašča, in ker droge uživajo v rodni dobi, so med njimi tudi matere in nosečnice. Nosečnice in matere odvisne od prepovedanih drog postajajo del naše vsakdanjosti. pričakujemo pa lahko tudi, da bo njihovo število še naraščalo. Programov, ki bi ponudili pomoč in obravnavo materam odvisnicam, pa še vedno ni oziroma so šele v povojih. Zasvojene matere rodijo zasvojene otroke, kar pomeni, da potrebujejo posebno obravnavo in obliko pomoči tako matere kot tudi njihovi otroci. Matere, odvisne od prepovedanih drog, spadajo v bolj ranljivo skupino zaradi osebnih, kulturnih, socialnih in ekonomskih dejavnikov, saj se poleg težav z odvisnostjo od prepovedanih drog srečujejo tudi s številnimi drugimi stiskami in problemi: pridruženimi težavami v duševnem zdravju, spolno zlorabo, nasiljem, slabim partnerskim odnosom, nižjim socialnoekonomskim statusom, socialno izolacijo, stigmatizacijo ter v odnosu do vloge matere tudi z občutki krivde, sramu, strahu, nemoči.

Ko govorimo o materi, odvisni od prepovedanih drog, govorimo tudi otroku, ki raste v družini, ki je zaradi odvisnosti prav tako v stiski, zato je pomembno, da pri pomoči gledamo tudi na otrokovo korist, da je pomoč ustvarjena zanj ter da se mu zagotovijo dobre življenjske razmere in temeljne pravice iz konvencije in deklaracije (Konvencija o otrokovih pravicah, 1990). Otroku je treba zagotoviti pogoje za zdravo rast in razvoj. (Čačinovič Vogrinčič, 2006)

Med strokovnimi delavci, ki se pri svojem delu srečujejo z materami, odvisnimi od prepovedanih drog, še vedno prevladuje veliko predsodkov in premalo znanja o njihovih specifičnih potrebah. Matere pri strokovnih delavcih 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 ...) Velikokrat se tudi v strokovnih službah govori o problematičnih družinah, o

problematičanih materah. To so družine, ki imajo številne probleme, kar pa pomeni, da potrebujejo pomoč in spremembo.

Naloga je teoretska in empirična. V teoretskem delu najprej opisujem družbeno konstrukcijo starševstva in materinstva ter spremembe v družini: postmoderno družino, pluralizacijo, deinstitucionalizacijo družine. Preko teoretskega izhodišča sem se hotela približati doživljanju materinstva pri ženskah, ki so odvisne od prepovedanih drog, ter poskušati ugotoviti, kako nanjo in na njenega otroka vplivajo spremembe v družini. Drugi del naloge opisuje teorije odvisnosti, epidemiologijo, posledice odvisnosti ter dejavnike tveganja in zaščite. V tretjem sklopu teoretičnega dela opisujem, kakšne so specifičnosti žensk pri pojavu odvisnosti, kakšen je vpliv socializacije na razvoj odvisnosti, ter skozi teorijo raziskujem, kakšni so vplivi in posledice odvisnosti na doživljanje nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja ter pozneje na vlogo matere. Teoretski del zaključim z modeli pomoči v Sloveniji, ki so na voljo materi, odvisni od prepovedanih drog, in njenemu otroku.

V empiričnem delu predstavim in komentiram izsledke kvalitativne raziskave o doživljanju nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja, materinstva ter vzgoje in skrbi za otroka pri materi odvisni od prepovedanih drog. Osrednji del raziskave so bili intervjuji. Z njimi sem hotela iz perspektive mater predstaviti njihovo doživljanje materinstva v obdobju nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Glavnina raziskave je izhajala iz intervjujev, predstavljenih iz njihovega vidika in največkrat z njihovimi besedami. Moj namen je bil v skladu z zbranim gradivom ustvariti podobo doživljanja materinstva in spoznati, kakšne so njihove potrebe po pomoči.

V nalogi sem poskušala odgovoriti tudi na naslednje vprašanje, ali je mogoče oblikovati koncept pomoči, ki je usmerjen v delo z otrokom in materjo hkrati, s ciljem da bi ostala skupaj, ter kaj je treba spremeniti pri delu strokovnih služb, da bo družina, ki ima probleme dobila izkušnjo kompetentnosti za svoje življenje, izkušnjo samospoštovanja in osebnega dostojanstva, kako izpeljati premik od problemov k njihovim novim možnostim v življenju in kako lahko k temu konceptu pomoči prispeva socialno delo z družino. V sklepu komentiram izsledke raziskave in dajem predloge.

1. DRUŽBENA KONSTRUKCIJA STARŠEVSTVA

1.1 Spremembe v družini

Družina se danes spreminja, spreminja se način ustvarjanja in življenje družine. Ostaja pa temeljno bistvo, da ljudje potrebujemo sočloveka ter edinstvene in razmeroma trajne vezi, da sploh preživimo. V ospredje prihaja vprašanje, kako v intimnih medčloveških odnosih, torej v odnosih med moškim in žensko, med partnerjema, med otroki in starši, zagotoviti to, kar je potrebno, vendar drugače kot doslej. Danes namreč drug od drugega potrebujemo več. Ena od nalog družine je, da zagotovi neskončno raznolikost, da je lahko vsak to, kar je, da vsakdo pove, kdo je in kaj želi, da k temu povabi drugega in potem skupaj ugotovijo, kako živeti. Tega v preteklosti ni bilo. Varovala so nas pravila, norme, vrednote v avtoritarni strukturi moči. Postmoderni čas namreč pomeni, da mora biti človeka več, in ne manj. In da je človeka lahko več, mora imeti ob sebi sočloveka, ki mu omogoča, da dobi temeljen občutek lastne vrednosti. Da živi s svojo resničnostjo, da se nauči živeti v stiku s seboj in z drugimi, da spoštuje sebe in druge. (Čačinovič Vogrinčič, 2008)

Na področju družinskega življenja v Sloveniji opazamo podobne socio-demografske značilnosti in razvojne trende kot drugod v Evropi. Intenzivna pluralizacija družinskih oblik in družinskih življenjskih slogov je značilna za vso Evropo in tudi za Slovenijo. Ob »klasičnih« družinah poročenega para z otroki narašča število enostarševskih družin, dopolnjenih ali reorganiziranih družin, zunajzakonskih družinskih skupnosti in družin istospolnih partnerk oziroma partnerjev. Družina danes ostaja pomembna skupnost v življenju ljudi in spremembe v družini prej govorijo o soustvarjanju novih oblik življenja v njih kot o krizi in o koncu družine. Zaradi spremenjenih načinov izobraževanja, dela in zaposlitve ter spremenjenih razmerij med javnim in zasebnim (poklicne, družinske vloge) so opažene najbolj izrazite spremembe družinskih struktur ravno v času vzpostavljanja družinske skupnosti (Ule in Kuhar, 2002; Ule in Kuhar, 2003).

Danes ni mogoče postaviti enoznačne definicije, ker postaja družinsko življenje raznoliko, kompleksno. A. Švab (2001: 179) v svoji študiji ugotavlja, da je še pred desetletji prevladoval le en družinski model, nuklearna družina, iz katere so morale le redke enostarševske družine (največkrat matere samohranilke). Danes je slika precej bolj pisana, sestavljajo jo neporočeni pari z otroki ali brez njih, reorganizirane družine, istospolne družine, enostarševske družine, ki nastajajo bodisi kot posledica razvez bodisi kot posledica odločitev žensk, da bodo živele brez partnerjev. Družinsko življenje si lahko vsakdo organizira po svoje. Predvsem gre za to, da družina ni neka statična oblika ali način življenja, ampak se vseskozi spreminja. Ljudje danes pogosteje kot kadarkoli prej prehajajo iz enega načina družinskega življenja v drugega. Družinski poteki niso več strogo linearni in predvidljivi, dogodke v njih je zelo težko napovedati. To pa je ena od temeljnih težav sociologije družine, ki pogosto vodi v enostransko interpretacijo sodobnega družinskega življenja.

Prav tako narašča število zakonskih razvez; tukaj ne moremo več govoriti o naključju, temveč o novi kulturi, ki jo izkuša vse več posameznikov. Vse več je samskih ljudi, vse več je takih, ki se za družinsko življenje odločajo kasneje v življenju. Toda to je le ena plat

medalje. Po drugi strani je vse več novih porok. Ljudje, ki se razvežejo, si pogosto kasneje ustvarijo nove družine. Vedno več ljudi je samskih in mnogi med njimi si družino ustvarijo kasneje, včasih tudi zelo pozno po 40. letu. Stopnje rodnosti upadajo, toda odločitev za otroka je ena najpomembnejših življenjskih odločitev. Otroci so s prejšnjimi generacijami danes deležni izjemne pozornosti, kot je razvidno v fenomenu protektivnega otroštva pa tudi v povečanem zanimanju za reproduktivne tehnologije, ki se naglo razvijajo in postavljajo reprodukcijo v povsem nove pomenske okvire. (ibidem)

Družina je bila v modernistični perspektivi izenačena z zasebnostjo oziroma je bila ta označena s posebno družinsko obliko, nuklearno družino. Pri tej percepciji sta sporna dva vidika: najprej, da se zasebnost sploh enači z družinskim življenjem, in drugič, da se zasebnost enači z določeno obliko družinskega življenja. Danes je tovrstno dojemanje preseženo tako v znanstvenem kot v vsakdanjem diskurzu. V postmodernosti gre za premik od enopomenskega definiranja družine (nuklearna družina) v smer razširjanja definiranja tako družine kot zasebnosti. (Švab, 2001: 145)

1.1.1 Postmoderna družina

Postmodernost moramo najprej razlikovati od pojma postmodernizem, ki je morda bolj razširjen (Švab, 2001: 52). Tako postmodernost razumemo kot čas oziroma družbeni okvir, v katerem živimo (Anderson v Švab, 2001: 52), medtem ko je postmodernizem sklop različnih umetniških in kulturnih šol in gibanj, ki jih producira postmodernost kot družbeno stanje in kontekst. Zadnje čase postmoderna misel dobiva še večje razsežnosti z razširjanjem informacijskih in komunikacijskih tehnologij, globalnimi množičnimi mediji in vse večjo odločenostjo po prevrednotenju tradicionalnih idej o spolnih vlogah (Anderson v Švab). Sociolog Ingelhart, avtor ene redkih in gotovo najobsežnejše longitudinalne empirične raziskave, v kateri preverja obstoj postmodernosti, razdeli postmoderno misel na tri širše šole:

- postmodernizem, ki zavrača modernost: racionalnost, avtoriteto, tehnologijo, znanost, gre tudi za zavračanje »vesternizacije«,
- postmodernizem kot revalorizacija tradicije,
- postmodernizem kot pojav novih vrednot in življenjskih stilov, z večjo toleranco dotične, kulturne in spolne raznolikosti do individualne izbire (Ingelhart v Švab, 2001: 52–53).

Razmišljanja o premiku od vrednot modernizma k vrednotam postmodernizma so nujna, saj se sociologija družine prav tako sprašuje, ali obstaja postmoderna družina (Švab, 2001: 53). Neposredno bi lahko na vprašanje odgovorili tako pritrdilno kot zanikalno, odvisno od tega, kateri vidik fenomena upoštevamo. Če razumemo družino v postmodernosti kot radikalno različno od moderne (nuklearne) družine (še zlasti pa od ideološke predstave o moderni nuklearni družini), potem je odgovor pritrdilen: da, lahko govorimo o postmoderni družini, saj (predvsem statistični) podatki kažejo, da je družinsko življenje v postmodernosti v veliko segmentih drugačno od tistega v modernosti. Vendar je to le začasen in nenatančen odgovor. Bolj se nagibamo k odgovoru, da o postmoderni družini ne moremo govoriti, saj takšna (domnevno monolitna) oblika ne obstaja. Eden glavnih argumentov za to je pluralizacija družinskih oblik, ki je ne bi mogli postaviti na skupni imenovalec, postmoderno družino (Švab, 2001: 54).

Družina ima dva vidika – je objektivna družbena entiteta in tudi entiteta, ki jo stalno soustvarjajo posamezniki. Prav pri analizi družine oziroma družinskega življenja se, morda bolj kot v kateremkoli drugem segmentu družbenega življenja, pokaže, da družina ni zgolj družbeno dana institucija, ki jo potencialno lahko spreminjajo le vplivi od zunaj (na primer intervencija države ali širše družbene spremembe), ampak predvsem mesto, ki ga producirajo posamezniki. Prav družina je tista družbena institucija, kjer se posameznikova sposobnost produkcije realnosti oziroma družinskih praks najbolj izrazi, saj je družina v družbi dojemana kot zaprt milje, (vsaj navidezno) v celoti prepuščena posamezniku; kot zasebni milje, v katerega »tujci« nimajo vstopa. Prav družbena zaprtost oziroma omejenost družine je tista, ki dovoljuje družini (oziroma posameznikom v njej) dobršno mero samostojnosti pri ustvarjanju in spreminjanju družinskega miljeja oziroma realnosti, kar z drugimi besedami pomeni, da družina ni zgolj institucija, ki se spreminja le z zunanjimi vplivi (Švab, 2001: 55).

Z vidika spreminjanja družinskega življenja je ta predpostavka ključna. Če bi upoštevali zgolj prvi vidik (kot objektivno dano institucijo), bi spregledali marsikateri pomemben vidik spreminjanja, predvsem pa segment, ki spreminja zaradi delovanja posameznikov in posameznic. Družina (in posamezniki v njej) torej ni zgolj pasiven objekt, ki se spreminja pod vplivom širših družbenih sprememb, ampak aktiven dejavnik, ki v razmerje z družbenim okoljem vstopa tako, da ga spreminja, a se nanj tudi prilagaja in s tem spreminja. V postmodernosti gre najprej za proces prestukturiranja ideologije oz. za obrat v razlikah med ideološkim dojetanjem družine v modernosti in postmodernosti. MODERNOST razdeli družinske vloge po spolu in starosti (družina kot struktura spolnih in starostnih hierarhij); so torej izključujoče, a hkrati komplementarne. *Postmodernost narekuje novo ideološko percepcijo, ki med drugim promovira dejavno vključevanje moških na vseh ravneh družinskega življenja. Postmoderni obrat je torej v tem, da se spolna delitev dela (navidezno) simetrično zabriše dva nasprotujoča si procesa, zaposlovanje žensk na eni strani in vključenost moških v nego in skrb za otroke – novo očetovstvo – na drugi. Gre za obrat od komplementarnega modela starševstva k participativnemu modelu* (Švab, 2001: 127).

Kot pravijo Kuhar, Renner in Švab (2006), se družina kot institucija zasebnosti ohranja od predindustrijskih družb dalje z dvema ključnima družbenima funkcijama: reproduktivno in socializacijsko. V Sloveniji sta, poleg jedrne (dvostarševske, enostarševske in reorganizirane družine) in razširjene družine, pogosta dva načina družinskega življenja, o katerih pa (še) ne vemo veliko:

- **razpršene razširjene družine**, za katere domnevamo, da so najpogostejša oblika družinskega življenja v Sloveniji. Gre za formalno ločena družinska gospodinjstva (navadno staršev in otrok, lahko pa tudi bratov in sester ali drugih sorodnikov), ki bodisi živijo na razmeroma strnjenih lokacijah (v isti hiši v ločenih stanovanjskih enotah ali v bližini drug drugega) bodisi na različnih lokacijah, a si nenehno nudijo vzajemno oporo in pomoč na različnih ravneh: materialni, delovni oz. storitveni in čustveni;
- **podaljšano življenje s starši ali faza LAT (Living Apart Together)**: V Sloveniji vse več mladih živi podaljšano mladost pri starših. Tu gre, v nasprotju s prvim načinom življenja, sicer za eno družino, čeprav gre za način »poldružinskega« življenja, ki ga označujemo kot faza LAT. Razlogi podaljševanja življenja s starši oz. razlogi za odlašanje odhoda od doma so različni. Lahko so »zunanji«, npr. težave v doseganju ekonomske neodvisnosti, nezaposlenost, otežena stanovanjska oskrba, podaljšan študij ipd., in »subjektivni«, kot je

lagodnost in »cenenost« življenja doma, razumevanje s starši, materialna in čustvena varnost ob hkratni visoki osebni avtonomiji. V Sloveniji je tako ob popisu leta 2002 živelo 37,1 % mladih v starosti od 25 do 34 let (Kuhar in drugi, 2006: 73).

Nekateri teoretiki ugotavljajo, da ne moremo govoriti o postmodernosti ali postmoderni družbi kot o radikalnem rezu z modernostjo ali moderno družbo, vendar gre za radikalno spreminjanje družbenih pogojev oziroma za radikalizacijo modernosti, imenovano visoka ali pozna moderna. Bolj kot za vstopanje v obdobje postmodernosti gre za obdobje, ko postajajo posledice modernosti bolj radikalizirane in univerzalizirane kot kadarkoli prej. Postmodernost ni preprosta kontinuiteta modernih procesov, ampak kvantitativno porajanje novih fenomenov, ki v temeljih spreminjajo sodobni svet (Giddens, 1990: 3–4).

Ne spreminja pa se le družinsko življenje, ampak tudi njegove percepcije in pomeni. Družina je bila v modernistični perspektivi izenačena z zasebnostjo oziroma je bila zasebnost izenačena s posebno družinsko obliko – nuklearno družino. Danes je tovrstna percepcija presežena tako v znanstvenem kot v vsakdanjem diskurzu. V postmodernosti gre za premik od enopomenskega definiranja družine (nuklearna družina) v smer definiranja take družine kot zasebnosti (Švab, 2003: 50).

1.1.2 Pluralizacija družine

Pluralizacijo družinskih oblik tako lahko razumemo kot soobstoj različnih načinov in oblik družinskega življenja, ki so odvisni od posameznika. Rener (1995) gre še dlje in poudarja, da bi bilo mnogo pravilneje kot o »družini« govoriti v množini o »družinah«. To utemeljuje s tem, da si bolj kot kdaj prej ljudje sami izbirajo oblike in načine družinskega življenja. Od vseh sprememb, ki pretresajo življenje danes, so za ljudi vendarle najpomembnejše spremembe vsakdanjega življenja, seksualnost, ljubezen, partnerstvo, odnosi, starševstvo. Obenem pa se velike družbene spremembe vedno odslikavajo tudi v spremembi intimnega in družbenega sveta. (Beck, Gernsheim, 1994 v Ule, Kuhar, 2003: 49)

»S tem ko so družbe prehajale od enostavnih h kompleksnim oblikam in praksam, so postajali interpesonalni odnosi med posamezniki vse bolj zapleteni. Če se ozremo v preteklost, lahko vidimo, da se je področje intimnosti, ljubezni in spolnosti nenehno preoblikovalo in gradilo, enkrat v prid skupnosti oziroma kasneje družine, drugič v prid plemena oziroma kasneje družbenega razreda. Te radikalne in ponekod celo revolucionarne spremembe so vodile k razpadu tradicionalnih življenjskih kontekstov, vzorcev in praks. Vse to je omogočalo osvoboditev od togih in vnaprej določenih spon, obenem pa je demokratizacija čustev pripomogla k oblikovanju novih individualnih življenjskih stilov in situacij.« (Beck v Šadl, 1997: 174)

Alenka Švab (2001: 45) govori o spreminjanju družine in družinskega življenja kot o procesu pluralizacije, ki je eden najbolj očitnih procesov spreminjanja družinskega življenja. Ta fenomen vsebuje več segmentov in se dogaja na dveh osnovnih ravneh, kot pluralizacija družinskih oblik in kot pluralizacija družinskih načinov življenja. Pluralizacija družinskih oblik pomeni soobstoj različnih oblik in načinov družinskega življenja glede na odločitev posameznikov. Pri tem ni pomembno, ali je način družinskega življenja produkt lastnih preferenc ali pa vsiljen z določenimi dogodki in razmerami (npr. razveze, enostarševske družine itn). Gre za proces, ki ga povezujemo s spremembami, kot so upad števila razvez in otrok, rojenih zunaj zakonske zveze, ipd. S pluralizacijo

družinskih oblik sta povezana tudi spreminjanje in pluralizacija življenjskih potekov. Poseben segment družinske pluralizacije je spreminjanje družinskih vrednot in simbolno spreminjanje življenjskega sveta družin. Ob klasični jedrni družini se uveljavljajo mnoge družinske oblike – enostarševske, reorganizirane, razširjene, ki jih v političnem korektnem besednjaku ne poimenujemo več kot »nepopolne«. Poleg biološkega starševstva se vse bolj uveljavljajo različne oblike socialnega starševstva. Družina izgublja pomen ekonomske skupnosti in vse bolj postaja socialno-emotivna skupnost. Na mesto materialnih interesov stopi romantična ljubezen kot način, kako ljudje vstopajo v partnerstvo, zakon, družino. Mladi ljudje zelo različno vstopajo v partnersko skupnost, družino in prehodi niso več usmerjeni, ritualizirani, kolektivni, ampak so vse bolj individualizirani, diferencirani. (Ule, Kuhar, 2003: 49)

Proces družinske pluralizacije je tisti, ki omogoča ohranjanje družine kot totalnega družbenega fenomena oziroma njeno delovanje v smeri vzpostavljanja ravnovesja med individualizmom in skupnostjo. Hkrati družinska pluralizacija producira nasprotujoče si fenomene, s čimer razumemo nov fenomen soobstoja različnih, nasprotujočih si predstav o družinskem življenju in prav ti fenomeni so tipična značilnost družinskega življenja v postmodernosti:

- osvobajanje družine od bioloških determinant,
- odločitev za starševstvo ni več nujni pogoj za konstituiranje družine,
- heteroseksualnost ni edina možna seksualna usmerjenost v družinskem življenju,
- hkratno intenziviranje bioloških, še zlasti reproduktivnih determinant,
- družbena promocija preloženega materinstva ob ohranjanju temeljnega strukturnega načela družine – materinstva skozi nocije obveznega materinstva,
- sočasen pojav vpletenega očetovstva in družbena legitimizacija očetovske neprisotnosti,
- legitimnost nuklearne družine kot modernega družinskega modela in drugih družinskih oblik,
- soobstoj nasprotujočih si ideologij, povezanih z raznolikimi fenomeni (novo očetovstvo, neprisotni oče).

(Švab, 2001: 80–85)

»S tem ko so družbe prehajale od enostavnih h kompleksnim oblikam in praksam, so postajali interpesonalni odnosi med posamezniki vse bolj zapleteni. Če se ozremo v preteklost, lahko vidimo, da se je področje intimnosti, ljubezni in spolnosti nenehno preoblikovalo in gradilo, enkrat v prid skupnosti oziroma kasneje družine, drugič v prid plemena oziroma kasneje družbenega razreda. Te radikalne in ponekod celo revolucionarne spremembe so vodile k razpadu tradicionalnih življenjskih kontekstov, vzorcev in praks. Vse to je omogočalo osvoboditev od togih in vnaprej določenih spon, obenem pa je demokratizacija čustev pripomogla k oblikovanju novih individualnih življenjskih stilov in situacij.« (Beck v Šadl, 1997: 174)

1.1.3 Deinstitutionalizacija družine

»Danes lahko govorimo o deinstitutionalizaciji družine, ki jo v sodobnih družbah razumemo kot proces zmanjševanja pomena zakona in družine kot institucije, nikakor pa ne gre za izginjanje družine. Deinstitutionalizacija ne pomeni nekaj negativnega, ampak pomeni zmanjšanje, zoženje institucionalnih funkcij družine, zato, da bi se odprl prostor za individualizacijo življenjskih potekov družinskih članov.« (Tyrell, 1988: 145)

Individualizacija je moderni pojav, ki ima pozitivno in negativno konotacijo. Po eni strani je povezan s sebičnostjo in egoističnim obnašanjem, ki spodkopava družbeno solidarnost, po drugi strani pa je povezan s svobodo, ki je temeljna in pozitivna vrednota. (Ule, Kuhar, 2003: 75)

Po nekaterih avtorjih (Beck, Giddens v Ule, Kuhar, 2003: 22) individualizacija primarno zadeva tri dimenzije:

- dimenzijo osvobajanja: osvobajanje posameznikov in posameznic od zgodovinsko vnaprej določenih družbenih oblik, iz tradicionalnih odnosov gospodovanja in oskrbovanja v individualno voden življenjski potek,
- dimenzijo odčaranja: izguba tradicionalnih gotovosti in transparentnosti, kako kaj storiti, izguba zaupanja v vodilne družbene norme in strukture, izguba ontološke varnosti subjekta,
- dimenzijo reintegracije: pojav nove vrste družbenih povezav in odnosov med ljudmi, ki jih ti oblikujejo v skladu s svojimi osebnimi interesi, hotenji in predvsem življenjskimi stili, pojavi povezanih življenj.

Deinstitucionalizacija družine pomeni izgubo izključnega monopolnega položaja zakona in družine, kar pomeni, da se odpre prostor za alternative, pomeni tudi upadanje inkluzivnosti družine, ljudje niso več brezpogojno napoteni na družino in lastna družina ni več nujno občutena kot nekaj negativnega, izgubila je tudi svoj socializacijski monopol, kar za otroke pomeni, da svojega otroštva ne bodo preživeli v svojih družinah zaradi ločitev in ponovnih porok svojih staršev. (Beck-Gernsheim, 2002: 35)

Prej tako zavezujoče povezave danes niso več brezpogojne in so se razrahljale. Iz ljubezni nujno ne izhaja več poroka, za skupno življenje ni več potreben zakon, iz poroke prav tako ne sledi več seksualni privilegij in želja po otroku. Starševstvo in poroka sta se razšla, tako da je zakon brez otrok prav tako možen kot starševstvo brez poroke ali materinstvo brez očetovstva ali obratno. Skupno življenje para ne meri več brezpogojno na poznejši zakon. Kar je še pred nekaj desetletji morda zbujalo splošen odpor (neporočeni pari, materinstvo zunaj zakona, ločitev itd.), danes ne vznemirja skoraj nikogar več (Ule in Kuhar, 2003: 56). Z deinstitucionalizacijo tradicionalne jedrne družine je upadla tudi motivacija ljudi zanjo. Prejšnja visoka motivacija ljudi za oblikovanje »popolne družine« je slonela na tem, da sta bila vstop v zakon in lastna družina socialno in individualno privlačna življenjska cilja. Vloga zakonskega partnerja ali starša je bila privlačna, socialna vloga zaželena za vsakogar. Zlasti normativna vloga ženske je določala, da je zanjo trojica ljubezen, zakon in materinstvo nekaj osebno nadvse pomembnega, zaželenega, naravnega. Od šestdesetih let prejšnjega stoletja, zlasti pa še od osemdesetih let dalje, ko se začenjajo temu pojavu prilagajati tudi pravna praksa in zakonske podlage, pa ni več tako. Deinstitucionalizacija družine pomeni »motivacijsko krizo« za klasičen življenjski potek: imeti družino in otroke, ko končaš šolanje in vstopiš v poklic, ali imeti družino in otroke, ko dosežeš določeno kulturno predpisano starost, ali imeti družino in otroke takrat kot vsi drugi iz tvoje generacije (Ule in Kuhar, 2003: 55).

Družina (Švab, 2001: 55) ni zgolj družbeno dana institucija, ki jo potencialno lahko spreminjajo le vplivi od zunaj, ampak je aktivni dejavnik, ki v razmerje z družbenim okoljem vstopa tako, da ga spreminja, a se nanj tudi prilagaja in s tem spreminja. Zdi se, da prihaja posameznikova vloga pri ustvarjanju družinske zasebnosti bolj do izraza kot kadarkoli prej. Če bi kvantitativno merili razmerje med objektivnimi vplivi (širšega

družbenega okolja) in posameznikovimi potenciali za oblikovanje družinskega življenja, bi lahko dejali, da se družina v mnogih segmentih vse bolj spreminja pod vplivi posameznikov. Moderna družina (Ule, Rener, Ferligoj, 1990: 19) in njen medij zasebnosti sta nujna tvorca tistega individualizma, ki ga potrebuje vsaka družba, da bi se v njej izoblikovala in obdržala moderna civilna družba, družbeno potrjeno področje individualnosti.

1.1.4 Nove dimenzije starševstva

Ljudje, ki se danes odločajo za otroke, tega zanesljivo ne počnejo zaradi tega, da bi imeli kakšno materialno korist. V ospredje stopijo drugi motivi za starševstvo, ki sodijo predvsem med emocionalne potrebe staršev. Danes imajo otroci predvsem psihološko funkcijo koristnosti (Fend, 1988 v Ule in Kuhar, 2003: 57). Vse več staršev ne razume starševstva kot predanost, socialno obveznost, služenje, temveč kot življenjsko obliko, pri kateri sledijo svojim življenjskim načrtom in življenjskemu smislu. Z otrokom starši dobijo predvsem psihološke koristi, ki se izražajo v smislu življenja, v težnji po osrečevanju, v drobnih radostih v odnosu z otrokom (Beck, Gernsheim, 2002: 67).

V odnosu z otrokom želijo ljudje ponovno odkriti in izraziti svoje sposobnosti po potrpljenju, mirnosti, skrbi za druge, otrok jim pomaga uravnotežiti življenje. To pa lahko za sabo potegne velika pričakovanja staršev do otrok, saj vzgoja in skrb zanje lahko ustvarita nove vrednote in smisle. Otroku lahko postane središče osebne eksistence posameznikov. Prav zaradi razsežnosti starševstva se poleg psihološke želje po otrocih pojavljajo tudi dileme in dvomi, zaradi katerih postaja starševstvo težak projekt. Po eni strani je tu želja po lastnem življenju, ki nastaja v individualizirani družbi in zajema oba spola, želja po samouresničenju, avtonomiji, svobodi. V odločanje za otroka se je vrnil dvom, ali bom zmogel/zmogla. Pomembna ovira za odločanje za otroka je porast 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 v odločanju za otroka. Otroštvo postaja vse bolj projekt, ki potrebuje skrben nadzor, stalen nadzor razvojnih stopenj in vodenje. Otroku postaja na nov način odvisno bitje, ki stalno potrebuje navzočnost odraslih oseb, ki definirajo, skrbijo, svetujejo, upravljajo sedanje in prihodnje duševne in telesne potrebe otroka. To upravljanje traja, dokler traja odnos odvisnosti, in ta se pri otrocih neznansko daljša (Ule in Kuhar, 2003: 58–59).

Med razlagalne dejavnike sedanjih trendov upadanja in zadrževanja rodnosti pod ravni enostavnega obnavljanja prebivalstva raziskovalci uvrščajo tudi t. i. doktrino odgovornega starševstva. Po tej so starši neposredno odgovorni skrbeti za svoje otroke, in ne morebiti kdo drug, npr. člani razširjene družine. S to odgovornostjo je povezana še domneva, da so starši dolžni skrbeti za svoje otroke tudi na škodo svoje lastne blaginje. V uveljavljanju te doktrine, ki je močno prispevala k naraščanju stroškov za otroke, vidijo raziskovalci rodnostnega vedenja enega od glavnih vzrokov za zmanjševanje števila otrok. Toda raziskovalci se danes ne soočajo le s pojavom nizke rodnosti, ampak tudi s pojavom zavračanja starševske vloge nasploh. V zvezi s tem ugotavljajo, da med prebivalstvom, predvsem pri mlajših starostnih skupinah, vse bolj prevladuje prepričanje, da imajo starši tudi svoje življenje in da se od njih ne more zahtevati, da bi žrtvovali svojo blaginjo za dobro svojih otrok (Kožuš Novak in drugi, 1998: 77).

1.2 Družinski sistem

Družina ima dva vidika: je objektivna družbena entiteta in tudi entiteta, ki jo stalno soustvarjajo posamezniki. Družina ni zgolj družbeno dana institucija, ki jo potencialno lahko spreminjajo vplivi od zunaj (intervencija države ali širše družbene spremembe) ampak predvsem mesto, ki ga producirajo posamezniki. Prav družina je tista družbena institucija, v kateri se posameznikova sposobnost produkcije realnosti oziroma družinskih praks najbolj izrazi, saj je družina, percipirana kot zaprt milje, v celoti prepuščena posamezniku, v katerega tujci nimajo vstopa. Družbena zaprtost družine je tista, ki dovoljuje družini oziroma posamezniku v njej dobršno mero neodvisnosti pri ustvarjanju oziroma spreminjanju družinske realnosti (Švab, 2001: 55).

Družina je skupnost oseb na različnih stopnjah razvoja, skupnost, ki skrbi za otroke. Člani družine so povezani na različne načine in so med seboj odvisni. Te povezave in odvisnosti ne izhajajo le iz osnovnih potreb za preživetje, temveč se ves čas sproti razvijajo in dopolnjujejo v čustvenem doživljanju, spoznavnih izkušnjah, oblikovanju socialne podobe in osebne rasti slehernega od družinskih članov (Žmuc Tomori, 1996: 18).

Mara Selvini Palazzoli (v Čačinovič Vogrinčič, 1992: 71) opredeljuje družino kot sistem, ki sam sebe regulira na osnovi zakonov, ki so se oblikovali v njeni zgodovini na osnovi poskusov in zmot. V vrsti transakcij in korigirajočih protiakcij se eksperimentalno preizkusi, kaj je v kakem odnosu dovoljeno, dokler skupina ne izdelata lastnega sistema pravil. Ni dvoma, da je družina majhna skupina. Vendar obstajajo različne značilnosti, po katerih se razlikuje od vseh drugih skupin. Ena od njih je družinska zgodovina – družina je skupina z zgodovino. Drugi značilnosti, o katerih govori T. Douglas, pa sta: krvne vezi in trajnost skupine. Temu bi lahko dodali tudi nerazrešljivo konfliktnost odnosov in dramo ločitve med starši in otroki (Čačinovič Vogrinčič, 1998: 129). Odnos med otrokom in odraslim je odnos, ki ga je treba vedno znova razreševati in na novo organizirati. Družina, kot pravi Gabi Čačinovič Vogrinčič, vedno pomeni hkrati vzajemno odvisnost in težnjo k neodvisnosti, solidarnost in lojalnost, pomoč in zaščito. Družinska skupina ima svojstveno razvojno pot, od družine z majhnim otrokom, družine s pubertetnikom, odraščanja otrok do odhoda otrok od doma in vzpostavljanja novih vezi z vnuki. Vsi ti trenutki, vsa ta obdobja pa od družinskih članov zahtevajo vedno nove naloge, spreminjanje in vzpostavljanje ravnotežja (Čačinovič Vogrinčič, 1998: 130).

Definicija Robina Skynnerja (v Čačinovič Vogrinčič, 1992: 107) se nanaša na družino kot na »interakcijski sistem tukaj in zdaj«, poudarek je na aktualni interakciji v skupini oziroma na zakonitostih, ki jo določajo. Skynner torej opredeli družino kot interakcijski sistem, ki ga uravnavajo zakonitosti homeostaze oziroma pozitivnega in negativnega feedbacka, vzpostavljene meje, podsistemi moči in hierarhija.

Skynner (1995 v Čačinovič Vogrinčič, 2006: 87) je oblikoval naslednje značilnosti zdravih družin:

- temeljna pozitivna, prijateljska naravnost,
- člani družine zmorejo stopnjo čustvene neodvisnosti, ki jim omogoči tako intimnost (povezanost), kakor ločenost (samosvojost) in ki olajša prehajanja med njima,
- starša sta v močni in enakopravni koaliciji, pripravljena odločiti sama, če je treba, vendar se prej temeljito posvetujeta z otroki,

- komunikacije so zelo svobodne in odkrite, otrok ve, da ni nesprejemljivih in prepovedanih čustev, kar ustvarja občutek svobode veselja in dobre volje,
- sposobnost članov, da svet zaznajo zelo jasno, ki temelji na tem, da smejo sprejeti svoja čustva in jih zato ni treba projicirati na druge ljudi,
- člani družine zmorejo spremembe, ker imajo izredno čustveno oporo, ki temelji na transcendentnem vrednostnem sistemu.

Kantor in Lehr pa pojmujeta družino kot sistem, ki ga uravnavajo mehanizmi feedbacka, sistematične interakcije v sistemu pa poimenujeta strategije. Strategija pomeni celoto k cilju usmerjenih dejanj, v katerih se povezujejo člani družine. Gre za uresničitev vzorca sodelovanja in delitve odgovornosti v družini. (Čačinovič Vogrinčič, 1998: 127)

Ackermannova hipoteza o zdravi družini pravi: »Družina je zdrava, če uresniči biološke potenciale odnosa roditelj – otrok in mož – žena: zagotoviti mora zaščito pred nevarnostmi in materialni obstoj družine; pripadati mora skupnosti in biti vanjo integrirana; navznoter mora biti enotna, sposobna, da se sama stabilizira in raste; ohraniti mora sposobnost, da se prilagaja spremembam. Družina mora imeti cilje in realistične, primerne, uresničljive vrednote. Družina mora zagotoviti vzdušje, v katerem se bo psihološka identiteta njenih članov uskladila z identiteto družinske skupine, tako da bo omogočala individualizacijo. Družinske vloge morajo biti v skladu s spolom, dobro definirane in morajo omogočati zadovoljevanje temeljnih potreb njenih članov. Če pride do konfliktov in do nezadovoljevanja osebnih potreb, mora imeti družina psihološka sredstva za korektno percepcijo problema. Sposobna mora biti, da najde rešitev, ki pomeni zadovoljevanje potreb in rast njenih članov. Sprejemanje identitete posameznika in družine ustvarja možnosti za individualno avtonomijo in ustvarjalnost. Vzgoja mora upoštevati telesne in duševne potrebe otroka in preprečiti tekmovanje med potrebami staršev in potrebami otrok. Pokazatelj zdravih družinskih odnosov je ustvarjalna komplementarnost v vlogah mož – žena, roditelj – otrok, ne pa odsotnost konfliktov.« (Ackermann v Čačinovič Vogrinčič, 1998: 49–50)

1.3 Socializacija v družini

Flere (1995: 128) šteje med univerzalne funkcije družine tudi socializacijo in stabilizacijo osebnosti ter pripravo na prevzemanje vlog odraslih in podrejanje družbenim odnosom. Odnos med otrokom in odraslim, med generacijo staršev in generacijo otrok določa dogajanje v družinski skupini. Je bistvo psihodinamskih procesov v njej; to je odnos, ki ga je treba v družini vedno znova razreševati, odnos, okoli katerega se mora skupina vedno znova organizirati. V svojem življenju se posameznik izoblikuje v kompleksno telesno in duševno celoto, v osebnost. To mu omogoča, da je kos zapletenim življenjskim situacijam in dogajanjem. Poleg vraščanja v družbo, procesa socializacije, v katerem posameznik usvoji družbene vrednote, norme, pravila, pričakovanja in vloge, je za normalen razvoj posameznika pomemben tudi proces individualizacije. To je proces, v katerem se razvija posameznikova osebnost, njegove temeljne in posebne, enkratne značilnosti, njegovi interesi, njegova volja, čustva, miselnost, značaj, sposobnosti, znanja in spretnosti (Musek, 1997: 12).

Tomori (1996: 10) opredeljuje socializacijo kot proces, v katerem otrok spozna, sprejema in vgrajuje v svoje vedenje in ravnanje norme in vrednote širšega okolja, da se potem lahko dejavno vključuje vanj. Ob drugih dejavnikih omogoča socializacija tudi ustrezen čustveni razvoj otroka. Občutja sprejetosti, varnosti in zaupanja vase in v svet okrog sebe so neizogiben pogoj za zdrav osebni razvoj človeka.

Po mnenju Parsonsa naj bi proces socializacije pomenil institucionaliziran in organiziran proces emancipacije mladega človeka od družine. Zagotavljal naj bi selekcijo in alokacijo potencialov mladega človeka na osnovi družbenih potreb. Pri tem pa mu je šola glavni kanal socializacije in selekcije, ki prilagaja mladega človeka različnim nivojem družbenega obnašanja in delovanja (Rojc, 1991: 172).

Po Parsonsu je socializacija temeljna funkcija vsake družine. Deli jo na primarno socializacijo, ki se nanaša na socializacijo v zgodnjem otroštvu in v glavnem poteka v družini. Vključuje dva temeljna procesa: internalizacijo družbene kulture in strukturiranje osebnosti. Sekundarna socializacija poteka v kasnejših letih, ko je vpliv družine manjši, močnejši pa so drugi vplivi, na primer vrstniki in šola (Haralambos, 1989: 321).

Berger in Luckmann (v Čačinovič Vogrinčič, 1998: 23) opredeljujeta socializacijo kot temeljno, vsestransko uvajanje posameznika v objektivni svet družbe. V tem procesu otrok postaja član družbe. Družinska skupina je prvi socialni sistem, v katerem otrok živi in ki s svojimi značilnostmi vpliva na osebnost otroka v vseh fazah njegovega razvoja. Starši so pomembni drugi, ki določajo svet, ki ga mora otrok internalizirati. Otrok si pomembnih drugih ne more izbrati; internalizirati mora svet, ki ga ti določajo zanj. Pomembni drugi modificirajo otrokov svet dvakrat, in sicer kot pripadniki neke kulture in s svojo lastno življenjsko zgodovino. Svet pomembnih drugih je zanj edina objektivna stvarnost. Prvi otrokov svet se konstruira v primarni socializaciji. Otrok si pridobi zaupanje v pomembne druge kot osebnosti in zaupanje v to, da je svet takšen, kot so ga določili oni.

V tem okviru potekajo tri vrste modifikacij, ki jo opravijo pomembni drugi. Najprej osebno, kot ljudje, starši. Druga je modifikacija za družbo, otrok se mora naučiti razvijanja osebnosti in vseh tistih tehnik in znanj, ki jih potrebuje za vraščanje v družbo. Tretja je modifikacija za družino, ki jo Gabi Čačinovič Vogrinčič (1998: 24) posebej poudarja. Otrok se mora naučiti vlog v družini; vloga v družini, delež pri vzdrževanju prvega socialnega sistema, ki ga otrok spozna, je pomemben element v procesu osebnostnega razvoja. Socializacija je najprej socializacija za družino. Za razumevanje procesa socializacije v družini je izredno pomemben koncept dveh primarnih sposobnosti, ki ju družina potrebuje in ju otrok mora razviti v njej. To sta sposobnost za ljubezen in sposobnost za pogajanje. Ljubezen drugega potrebujemo zato, da jo sploh prepoznamo v intimni izkušnji, kako z njo ravnati, kako jo z drugimi deliti, kako ravnati spoštljivo, pomagati sočustvovati. Sposobnost za pogajanje omogoči vsakemu članu dovolj avtonomije in dovolj povezanosti ter ustvari možnost za samosvojost, prostor za soočenje, prostor za dogovor, sposobnost za pogajanje se nauči v družini, kjer je vnaprej jasno, da vsi zmagajo. V družini se pogajamo o delitvi dela, o delitvi moči, o novih dobrih izidih, nikoli pa se ne pogajamo o čustvih (Čačinovič Vogrinčič, 2006: 47).

Socializacija v družinski skupini je torej posebna, ker se mora vsak otrok spoprijeti s sposobnostjo za ljubezen in za pogajanje v svoji družini z izidom, ki ga ima za njegovo obvladanje teh tako pomembnih sposobnosti (Čačinovič Vogrinčič, 1998: 106).

V procesu socializacije sta otrok in odrasli v interakciji, ki jo določajo tudi potrebe, strahovi in konflikti posameznikov, zato je pomemben vidik socializacije v družini Mertensov koncept »sposobnosti za konflikt«, kar pomeni pridobljeno, naučeno sposobnost posameznika, da zazna konflikt za motenimi interakcijami in komunikacijami, ga prepozna in se z njim sooči, da bi ga bodisi začel reševati bodisi zmoget z njim živeti. (Čačinovič Vogrinčič, 1999: 22). Čačinovič Vogrinčič (2006: 43) tudi pravi, da je konfliktnost vsake družinske skupine neizogibna, zato je pomembno, da se te sposobnosti naučimo v družini. V vsaki družini potrebujemo socialnopsihološki prostor za izkušnje individualnih razlik in organizacijo skupine oziroma sistema, ki omogoči soočenje in srečanje s človekovo sposobnostjo ter zagotovi obstoj družine.

Pravica do resničnosti nam omogoča, da poimenujemo in bolje vidimo najpomembnejši vidik družinske naloge, da na svoj poseben način obvlada neskončno raznolikost individualnih razlik in ustvari sistem, ki bo posamezniku omogočil soočenje in odgovornost za soočenje. Gre za pravico otroka, človeka, da ga ne prezremo, da ga vidimo, slišimo, da ga jemljemo resno. Človek potrebuje v družini izkušnjo, da lahko pove, kdo je, kaj želi in da sprejme enako sporočilo od drugega, da bi se naučil živeti drug z drugim, in ne drug proti drugemu (Čačinovič Vogrinčič, 1995: 123).

Lidz (v Čačinovič Vogrinčič, 1998: 53) govori o treh pogojih, ki morajo biti zagotovljeni v družinski skupini, da bi se otrok lahko razvijal. To so:

- Koalicija staršev oziroma povezanost in enotnost med starši, kar pomeni, da se roditelja medsebojno podpirata v svojih vlogah in povečujeta občutke varnosti in gotovosti. S tem ko se starša v svojem odnosu do otroka upoštevata, onemogočata otroku, da bi razbil starševsko diado. Koalicije ni moč vzpostaviti, če se roditelja ne spoštujeta, če tekmujeta za otrokovo naklonjenost.
- Ohranitev generacijskih razlik, kar pomeni, da starši ne smejo postati odvisni od otrok pri zadovoljevanju lastnih potreb. Otrok potrebuje odvisnost od staršev, da se počuti varnega in da se lahko razvija. Le roditelja, ki najdeta oporo drug v drugem, sta sposobna dati otroku del sebe. Nejasne ali celo porušene medgeneracijske razlike pa lahko ogrožajo otrokov razvoj, saj mora ta vse moči uporabiti za zadovoljevanje potreb svojih staršev.
- Sprejemanje vloge lastnega spola pa govori o tem, da je pomembno, da si otrok pridobi dovolj gotovosti v spolni identiteti. Otrok v odraščanju potrebuje roditelja, ki sta v svoji koaliciji vzpostavila in obdržala v družbi zaželene spolne vloge.

Za vsakega človeka je družina prvi socialni sistem v katerem začne poimenovati, prepoznavati svoje potrebe, se uči z njimi ravnati, jih izraziti in zadovoljiti. V družini soobstajajo individualne potrebe staršev in otrok, ki že nosijo pečat družinske skupine, s skupinskimi potrebami, s potrebami družinske skupine. V družini vedno znova nastajajo nasprotja med individualnimi potrebami posameznika in nujnostjo, da se družinska skupina ohrani, da se kot potrebe skupine zadovoljijo družinske potrebe, potrebe, ki so jih v družini izoblikovali. Psihološka definicija družine govori o učenju, omogočanju in obvladovanju dveh temeljnih potreb človeka – potrebe po avtonomiji in potrebe po povezanosti. Vsak človek potrebuje oboje, avtonomijo in povezanost. Avtonomijo v odkrivanju svoje edinstvenosti, svojih potencialov in neodvisnosti v tem, da bi znal in smel skrbeti zase. In hkrati povezanost, izkušnjo, da smo drugim pomembni, da nas potrebujejo, da imamo radi in da imajo drugi radi nas. Gabi Čačinovič Vogrinčič (1992: 115) navaja koncept

družinskih potreb francoskega sociologa Chaumbarda de Lauwenuja, ki je s svojim konceptom družinskih potreb izrazil pogoje, ki morajo biti v družinski skupini zadovoljeni, da bi družina lahko obstala in se razvijala. Gabi Čačinovič Vogrinčič je ta koncept uporabila in ga razvila, ker je bilo z njim mogoče eksplicirati usmerjenost družine v celoti oziroma medsebojno odvisnost motivacije posameznika v družini in skupnih družinskih motivov. V tem konceptu družinskih potreb so najprej navedene tiste potrebe, ki so minimum za obstoj družine: potrebe po neizogibni gmotni osnovi, prostoru za skupno življenje, času za skupno življenje in varnosti. Druga skupina petih potreb razvija pogoje za rast in razvoj družine; da se vedno znova vzpostavi skladnost med vsemi družinskimi člani, potrebe po demokratičnih odnosih, komuniciranju, socialnih stikih in upoštevanosti v okolju, v katerem družina živi, ter potrebe po izobrazbi in obveščenosti. Člani družine morajo imeti dovolj možnosti, da izrazijo konflikte, da v demokratičnem dialogu preoblikujejo tradicionalne družinske vloge v družini in tudi v družbi. S tem pa na novo oblikujejo tudi razmerja med družino in okoljem. Tako organizacija kot zadovoljevanje potreb v družini sta odvisna od odnosov med možem in ženo, med materjo in očetom. Otroka v družini pričakata starša s celoto zavestnih, deloma ozaveščenih ter podzavestnih pričakovanj, ki zadevajo njun medsebojni odnos. Komunikacija v družini je tista, ki omogoča izdelavo pravil, oblikovanje vlog, ustvarjanje relativno trajne strukture in določanja pogojev za spreminjanje. Komunikacija ima v družini vedno dve funkciji. Z njo se dogaja individualizacija, razmejevanje posameznika, hkrati pa integracija in ustvarjanje celote. V družini pa potrebujemo oboje, ozaveščenost o razmejenosti skupaj z ozaveščenostjo o celoti, katere del je posameznik. Komunikacijo kot eno osnovnih sposobnosti za življenje začne razvijati človek že v zgodnjem otroštvu v svoji družini. Prav zato ker je družina mesto, kjer dobi najpomembnejše izkušnje, so od načina in vsebine komuniciranja odvisne vse njegove kasnejše komunikacijske značilnosti. Ustrezne komunikacijske sposobnosti, ki jih vsakdo razvije že v svoji družini, odločajo o vrsti, globini in trajnosti odnosov, ki jih človek oblikuje z drugimi znotraj družine in navzven (Žmuc Tomori, 1994: 57).

S tem opisom socialnopsiholoških značilnosti družine, psihodinamike družinske skupine, zavestnih in podzavestnih dejavnikov družinskega življenja, interakcij in komunikacij v njej, njene strukture ... sem želela pokazati na svojskost, posebnost družine kot majhne skupine, ki se razlikuje od vseh drugih majhnih skupin. Ta opis nas vodi k lažjemu razumevanju svojskosti in posebnosti družine, v kateri je mati odvisna od prepovedanih drog.

1.4 Vloga materinstva

Širjenje individualnih življenjskih okolij in z njimi povezanih procesov individualizacije je zajelo tudi ženske življenjske poteke, to je tudi premaknilo ravnotežje moči med spoloma v prid žensk (izobraževanje). To ustreza zakonu enakosti, enemu od osnovnih gesel modernizacije. Razvoj metod nadziranja rojstev je ločil spolnost od reproduktivnosti, s tem pa je bilo ženskam omogočeno, da razpolagajo z lastnim telesom. To je prineslo trajne spremembe partnerstva tako v družini kot zunaj nje. V partnerskih zvezah je prišlo do normalizacije stanja, ko v družini služita denar oba zakonca. Vendar pa izobraževanje in poklicna kariera jemljeta čas in za mnoge ženske je odlaganje materinstva razumno

sredstvo za uravnoteženje njihovih vlog in aspiracij, zato ženske materinstvo odlagajo tudi v pozna trideseta leta. To ne pomeni, da žensk več ne zanima materinstvo, nasprotno, večina žensk meni, da nameravajo nekoč postati mati (Ule, Kuhar, 2003: 61).

Nekatere avtorice (Chodorowa, 1978, Oakley, 2000, Ule, 1990) so prepričane, da je sodoben, v razvitih družbah prevladujoč koncept materinstva nastal z modernizacijo zahodnih družb. Pri tem naj bi imela ključno vlogo industrializacija, ki je povzročila ločitev doma od delovnega mesta, vse večje razhajanje med javno in zasebno sfero, naraščajočo diferenciacijo otroka od odraslega, daljšo odvisnost otrok in spremenjen način njihove socializacije, ki se ni več dogajala ob delu, temveč v zasebnem krogu družine. Ženske niso mogle enakopravno sodelovati pri ustvarjanju družinskih prihodkov, povečala se je njihova odvisnost od moža, predanost otrokom in priklenjenost na dom. S prehajanjem v zasebnost je njihova dejavnost postajala vse bolj marginalna, brez ekonomske cene in vrednosti in s tem nepriznana kot »pravo delo«. A tudi sodobne, zaposlene ženske, ki so del tradicionalnih materinskih opravil predale zunajdružinskim ustanovam, še vedno same opravijo večino dela, ki je potrebno za domačo nego, oskrbo in vzgojo otrok. Poleg tega se v naši kulturi potrebam otrok pripisuje večja vrednost kot potrebam mater in se od mater (ne pa tudi od očetov) pričakuje, da jim bodo v vsakem primeru dale prednost.

Švabova (2001: 96) opozarja, da je ženska prek materinske vloge subjekt, ujet med naravo in kulturo. Njena biološkost (reproduktivne funkcije) je družbeno definirana, njena družbenost (materinska vloga) pa biološko opredeljena. Materinska vloga v družbi namreč ni naravna v smislu živalskosti in nagonskosti, saj je v evropski civilizaciji osrednji mehanizem materinskega delovanja ljubezen (Oliver v Švab, *ibidem*). Švabova razlaga, da družbeni atributi, ki so vezani na naravo (vsaj v kontekstu reprodukcije), v zahodni perspektivi veljajo za najbolj nespremenljivo konstanto človeškega bivanja, in prav zato je po njenem ženska identiteta izjemno odporna na postmoderne spremembe.

Najmanj določljiv je prav čas odločanja za materinstvo. Nova je »nedefinitvnost odločitev oziroma pestrost izbire, saj je družbena regulacija v tem segmentu določanja pravil v postmodernosti postala zelo ohlapna« (Švab, 2001: 104). »Tako se zdi, da je ideologijo obveznega materinstva v postmodernosti nadomestila nova ideologija »odloženega materinstva«, ki temelji na novi podobi institucije materinstva, to je na »iluziji svobodne izbire za materinstvo« (Švab, 2001: 105). Švabova je prepričana, da je ideologija materinstva v vsakdanji realnosti še vedno zelo ukoreninjena in da prelaganje materinstva ni posledica svobodne odločitve, ampak je takšno reproduktivno vedenje že postalo družbena norma, ki ima ideološko konotacijo in je zato prav tako vsiljena. Družbeni pogoji postmodernosti ustvarjajo le navidezno iluzijo možnosti izbire, ki je družbeno funkcionalna. To seveda ne izključuje, ampak predpostavlja odločitev za starševstvo v neki (sicer prestavljeni) točki v življenjskem poteku posameznika/-ce. Iluzija individualne izbire – pozitivno vrednotenje osebnostnega razvoja, možnosti izpolnjevanja individualnih želja in ciljev pa se zdi le sredstvo za funkcionalno razrešitev napetosti med materinstvom/starševstvom (oziroma željo po materinstvu) in zahtevami zaposlitvenega trga v postmodernih pogojih. (2001, 104–105)

Švabova (2001) meni, da se v postmoderni, družbeni model materinstva še krepi. Temeljna načela organizacije vsakdanjega življenja se niso veliko spremenila oziroma je spreminjanje v smeri enakomernejše delitve dela in s tem razbremenitve žensk zelo počasno prav zaradi nespremenjenosti percepcije materinstva. Zdi se, da bolj ko je neka

nacija v družbi biološko determinirana, počasneje in težje se spreminja in bolj je družbeno regulirana in manj dovzetna za spreminjanje. Prav zato so družinske spremembe bolj očitne v zvezi z očetovstvom, medtem ko ostaja materinstvo v temeljih domala nespremenjeno. Zanimivo je, da se tudi diada mati-otrok utrjuje še zlasti s protektivnim razumevanjem otroštva.

Neodvisno od tega, ali se ženska odloči imeti otroka ali ne, je dejstvo, da ima ženska lahko otroka, pomembno tako za definiranje lastne podobe o sebi kakor tudi za to, kakšna sporočila bo človek na temelju biološkega spola sprejemal iz zunanjega sveta. Če je sposobnost rojevanja biološko dejstvo, je materinstvo nekaj, kar sodi predvsem v področje družbenega. Z materinstvom se pogosto povezuje občutek, ki ga je Anne Oakely (1980) označila kot kronični dvom vase, nizko samozaupanje in obenem močnejšo potrebo po povezanosti z drugimi ljudmi. Mnoge ženske so prepričane, da bo materinstvo izpolnilo njihov občutek ženske identitete pa tudi potrebo po povezanosti z drugimi ljudmi in potrebo po skrbi za druge. Največkrat je realnost zelo drugačna in za nekatere povezana z občutki krivde, ko si priznajo, da materinstvo ni le delo iz ljubezni, ampak za nekatere stresna izkušnja, ki pogosto vpliva na duševno zdravje (Zaviršek, 1994: 25–28).

V zadnjem času se govori, da sta tako nosečnost in širše materinstvo medikalizirana. Pojem medikalizacija (Drglin, 2003: 23) pomeni proces, skozi katerega je vsakodnevno življenje in delovanje preoblikovano v medicinske probleme, podrejene medicinskemu nadzoru in definicijam, v katerih so poudarjeni tveganje, patologija in terapevtski posegi ali potreba po nadzoru. Ženska telesa so oblikovana tako, da bi v večini primerov lahko vsaka nosila in rodila otroka, kultura v svojih raznoterih oblikah pa je tista, ki določa status in pogoje za materinstvo nasploh in v številnih pomembnih podrobnostih, pri tem telo ni izvzeto. Izbire nosečnic so nadzorovane in omejene, uveljavljene so določene oblike socialne in zdravstvene skrbi.

1.5 Vloga očetovstva

Novo očetovstvo je pojem, ki se pogosto pojavlja v strokovni literaturi. Joganova (2001: 183–186) razlaga novo očetovstvo kot celoto tistih vlog (in delovanj), s katerimi se moški kot oče neposredno vključuje v vsa dela (od negovalnega, gospodinjanskega, vzgojnega in emocionalnega), ki so nujna sestavina družinskega življenja. Poudarja, da lahko moški nove lastnosti razvijejo le postopno in v praktičnem delovanju. Za širše spremembe je nujna tudi institucionalna urejenost (podpora izobraževalnih, komunikacijskih, kulturnih, gospodarskih ustanov). Kljub vsemu institucije v večini družb še zmeraj podpirajo tradicionalno vlogo. Zgolj individualno usmerjanje k novemu očetovstvu namreč ni dovolj učinkovito in ne more voditi k širšim družbenim in kulturnim spremembam ter k obema spoloma bolj prijaznemu vsakdanjemu življenju (Jogan, 2001: 183–197).

Alenka Švab razlaga, da je novo očetovstvo v postmodeni definirano predvsem z večjo vpletenostjo očetov v (nova) razmerja z otroki. Vendar poudarja, da njihov način participacije vključuje prijetnejša, manj rutinska, nezavezujoča opravila, medtem ko so partnerkam prepuščena vsa preostala opravila in skrb. (van Dougen v Švab, 2000: 257) Očetova dejanska vpletenost se izkaže za počasen proces. Razlog je morda v tem, da so očetje zdaj dvojno obremenjeni (s kariero in družinskim delom), vendar je ta dvojna

obremenjenost ženskam že dolgo znana. Švabova kot dejanski vzrok za počasno vključevanje očetov v družinsko delo navaja njihovo negotovost. Ideologija novega očetovstva namreč ne zagotavlja »socializacije« v očetovstvo, v prakse očetovanja. Ženske so večšine materinskosti interiorizirale vse svoje življenje, moških pa starši niso pripravljali na aktivno očetovsko vlogo. Postmoderni očetje zaradi pomanjkanja izkušenj niso večši kompleksnejših opravil in se v novi vlogi pogosto slabo znajdejo. Zato so prakse novega očetovstva večinoma omejene na pomoč preobremenjenim ženskam in za zdaj še ne ustvarjajo resnične komplementarnosti ženski vlogi (Švab, 2000: 259–261).

Lastnosti novega očetovstva se kažejo v spreminjanju ideologije očetovstva na družbeni, sistemski ravni in v spreminjanju moške identitete na individualni ravni. Očetje se spreminjajo, še zlasti če gledamo generacijske spremembe. Današnji očetje so v primerjavi s svojimi očeti dejansko aktivni očetje. Spreminjajo se tudi vrednote. Današnji očetje se zavedajo pomembnosti svoje starševske vloge in pričakovanj, da so aktivni očetje. V Sloveniji lahko tudi na širši družbeni ravni opazimo promocijo aktivnega očetovstva, ki se razteza od množičnih medijev do znanstvenih diskurzov (popularnih medicinskih in psiholoških diskurzov). Revije in priročniki za bodoče in novopečene starše so polni nasvetov za očete, kako lahko sodelujejo pri skrbi za otroke. »Fenomen očetovstva se pokaže kot prisoten v devetdesetih letih, in sicer na različnih nivojih: je del splošnega fenomena pluralizacije moškosti, priča smo procesu erozije očetovske avtoritete, očetje se vedno bolj aktivno vključujejo v skrb za otroke, delno pa tudi v enakomernejši delitvi dela v družini.« (Rener in dr., 2005: 6)

Po mnenju A. Švab (2001) naj bi bilo novo očetovstvo v postmodernosti definirano predvsem z večjo vpletenostjo očetov v (nova), aktivnejša razmerja z otroki. Današnji prevladujoči pogled na očetovstvo vsebuje naslednje predpostavke: napredni očetje naj bi sodelovali pri negi in skrbi za otroke, če to ni v nasprotju z njihovo zaposlitvijo. Deljeno starševstvo naj bi omogočilo rešitve za težave, s katerimi se srečujejo matere, ki so hkrati zaposlene in odgovorne za otroke. Če bi bilo torej mogoče odstraniti ovire za tako sodelovanje (politika zaposlovanja), naj bi očetje sodelovali in v takem primeru naj bi bile posledice pozitivne tako za očete kot za matere (Zavrl, 1999: 21).

Novo očetovstvo vsaj v kontekstu participacije pri skrbi za otroke še zdaleč ni homogeno, ampak je odvisno od različnih dejavnikov: od ideologije do dejavnikov vsakdanjega življenja, kot so družinski odnosi in uporaba relativnih virov (racionalna in maksimalno učinkovita razporeditev časa družinskih članov) oz. časovne razpoložljivosti posameznih družinskih članov za družinsko delo. Če kje, potem empirične raziskave prav v tem segmentu prepoznavajo še vedno relativno spolno asimetrijo delitve dela. Zdi se, da so premiki v očetovstvu oz. atributi novega očetovstva bolj kot v realno participacijo v alokacijo družinskih obveznosti usmerjeni v spreminjanje ideologije na sistemski ravni in v spreminjanje moške identitete na individualni ravni (Švab 2001: 126).

Pri novem očetovstvu gre, po mnenju A. Švab (2001), 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 neprisotnost. Ob konstruiranju moderne družine je tako pomembna ženska (materinska) prisotnost 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). Kar 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 (v mislih imam igro, obiski kina, vožnja in spremstvo k dejavnostim ipd.), medtem ko domena skrbi za šolo, zdravje, prehrano ipd. še vedno ostaja v materinih rokah.

Na podlagi pregleda kvalitativnih raziskav o delitvi družinskega dela med starši v evropskih državah sta Baldock in Hadlow (v Rener, 2007: 11) izdelala podobno tipologijo sodobnih očetov:

- očetje, ki skrbijo za red: to so očetje, ki niso vpleteni v vsakdanjo nego in skrb za otroke, pač pa otrokom pomenijo avtoriteto in postavljajo jasna pravila vedenja;
- očetje, ki skrbijo za zabavo: običajno zabavajo otroke, ko matere gospodinijo;
- koristni očetje. Pomagajo pri negi in vzgoji, včasih tudi pri gospodinjskih opravilih, če jim matere povedo, kdaj in kaj je treba storiti;
- polno vključeni očetje: v enaki meri kot matere skrbijo za gospodinjstvo in družino, starševski vlogi sta med seboj zamenljivi.

Lahko rečem, da bi v prihodnosti težili k vzajemnemu starševstvu, pri katerem si starša delita (so)odgovornost za oskrbo, vzgojo otroka, ki izvira iz potreb in koristi otroka, ter v enakovreden (so)prispevek obeh staršev. Kljub dejstvu da imamo ljudje različne zmožnosti in možnosti dajanja ter različne interese in afinitete, je prav odnos do otroka tisti del, ki se ga oba starša priučita in imata že v najzgodnejšem otrokovem obdobju možnost, da se enakopravno razvijata v razmerju do njega. Tako lahko že od otrokovega rojstva skupaj (so)oblikujeta vsak svojo identiteto in način, prakso enakopravnega starševstva.

1.6 Vloga otroka in protektivno otroštvo

Otroštvo je družbena kategorija, ki variira v času in prostoru, nanjo pa vplivajo tudi drugi dejavniki, kot so spol, družbeni razred, etničnost, rasna pripadnost (Grittins, 1998 v Švab, 2001: 134), med drugim tudi spreminjanje družinskega življenja. Čedalje več otrok živi v reorganiziranih družinah z enim od staršev itn. Družinsko življenje postaja bolj dinamično in bolj prehodno, kot je bilo v modernosti, ko je otroštvo potekalo znotraj ustaljenih modernih vzorcev družinskega življenja. V postmodernosti je več možnosti, da otroci že v zgodnjih letih doživijo različne oblike družinske organizacije. S pojavom odgovornega starševstva je povezan proces intenziviranja otroštva, ki ga označujemo s pojmom protektivno otroštvo. Izraža se v intenzivni skrbi za otroke, njihovo blaginjo, izobraževanje ipd. Poudarek je na otrokovi individualnosti in samorazvoju, hierarhični odnosi med starši in otroki pa niso več nujnost dobre vzgoje. Zahteve protektivnega otroštva se izražajo tudi tako, da se pomikajo že v obdobje spočetja in nosečnosti. Odločitev za otroka je skrbno načrtovan projekt v življenjskem poteku, ki vključuje vrsto popularnih medicinskih in psiholoških nasvetov potencialnim staršem o zdravem življenju, optimalnih pogojih spočetja in zdravem načinu življenja v nosečnosti. Pojav protektivnega otroštva se torej začne že v maternici. Nove medicinske tehnologije, na primer ultrazvok, omogočajo bodočim staršem spremljanje poteka nosečnosti in aktivno udeležbo. To se najbolj izraža v vse večji navzočnosti bodočih očetov pri ultrazvočnih pregledih nosečnic in pri porodu, kar velja tudi za Slovenijo (Rener in drugi, 2006: 81–82).

Kot pišeta Beck in Beck-Gernsheimova (2006: 132), se današnji starši, predvsem današnje matere, veliko bolj ravnaajo v skladu s pedagoškimi nasveti, kot so to počele prejšnje generacije. V skladu z nujnimi podatki so za tovrstne napotke najbolj dovzetne matere iz srednjega sloja, ki so solidno izobražene, živijo v mestih, pričakujejo prvega otroka in sodijo v skupino t. i. »pozni mater«, torej v skupino žensk, ki so se za nosečnost odločile v razmeroma zrelih letih. Te so po besedah omenjenih avtorjev (2006: 132) »žrtve novega bacila, ki se imenuje »obsedenost z vzgojo«. Ljubezen do otroka je postavljena v pogoje moderne dobe, starši moderne dobe pa so zaradi vseprisotnega »načela odgovornosti« vse bolj obsojeni na to, da otroku nudijo popolno skrb, ki ne dopušča nikakršnih napak, zmot ali popravkov. Vsaka napaka, ki jo zagrešijo, naj bi (po mnenju pedagogov) imela nepopravljive posledice za otrokov razvoj in njegovo kasnejše življenje (Beck in Beck-Gernsheim 2006: 133–135).

Postmoderna družba (Švab, 2001:136) je torej družba visoke rizičnosti, ki se izraža na vseh družbenih ravneh. Ljudje v postmodernosti vse bolj cenijo otroke in se vse bolj identificirajo s protektivnim otroštvom, ki vključuje številne aktivnosti in prakse, ki izražajo vse bolj intenzivno skrb za otroke, njihovo blaginjo in izobraževanje. A. Švab (2001: 142) meni, da protektivno otroštvo nad otroki vzpostavlja nove razsežnosti starševskega nadzora. Bolj ko se večja »navidezna« otroška avtonomija, bolj se ustvarjajo navidezne oblike in načini nadzora.

Postmoderni koncept (Zidar, 2003: 362) protektivnega otroštva naj bi torej pomenil blaginjo otrok v smislu slogana »le najboljše je dovolj dobro«. Definicijo in štiri temeljne implikacije postmodernega protektivnega otroštva sestavljajo naslednje točke:

- v postmodernosti postaja koncept otroka pomembno mesto realokacije diskurzov, povezanih z ohranjanjem in varovanjem družbenih vezi, stabilnostjo in integracijo;
- v postmodernosti so otroci percipirani (vsaj na diskurzni ravni) kot individuumi, katerih avtonomijo je treba varovati in ohranjati;
- postmodernost vključuje povečan nadzor nad otroki;
- v postmodernosti otrok ostaja v odvisnosti, faza odvisnosti (LAT faza) pa se vse bolj podaljšuje (Švab, 2001: 136, v Zidar, 2003: 362).

Za postmoderno je značilna intenzivna pozornost do blaginje otrok, spreminjajo se otroštvo in njegovi pomeni. Govorimo o protektivnem otroštvu, ki vključuje številne aktivnosti in prakse, ki izražajo vse bolj intenzivno skrb za otroke njihovo blaginjo, izobraževanje. Švab govori o tem, da je protektivno otroštvo vsekakor treba razumeti v okviru postmodernosti. Družina se v njej spreminja predvsem v funkciji psihološke stabilizacije odraslih osebnosti, in sicer tako, da se njen pomen v pogojih rizičnosti postmodernosti le še intenzivira. Večja pozornost otrok, ki je značilna za postmodernost, je posledica večjih zahtev po osebni stabilizaciji, kar je povzročilo aktivnejšo vlogo moških ter obrat pri moški pasivnosti (prejemnik emotivne terapije), ki je bila značilna za moderno. Moški kot aktivni član družine vstopi ravno prek otrok, prek povečanega interesa in aktivnejše vključitve v skrbi zanje. Ženske v postmodernih družinah še vedno veljajo za dajalke psihološke terapije in psihološke stabilizacije odraslih, niso pasivne prejemnice terapije, temveč jo ustvarjajo same prek skrbi za druge (2001: 138–139).

V postmodernosti postaja starševstvo vse bolj zahtevna naloga, zato je odločitev za otroka čedalje težja. Zvišujejo se imperativi starševstva, kar pomeni, da ni dovolj sprejeti otroka takšnega, kakršen je, temveč da starši vplivajo na otrokov vsestranski razvoj, pri tem pa

ima pomembno vlogo individualnost. Starši postajajo amaterski učitelji in psihologi, ki aktivno skrbijo za svoje otroke. Ta preobrat pa vodi k zmanjšanju očetovske avtoritete in pomena hierarhije med starejših nad mlajšimi. Otroštvo ostaja še vedno močno nadzorovano obdobje z vse bolj intenzivnim in nadzorovanim strukturiranjem otrokovega časa, ki je vse prej kot romantizirana podoba brezskrbnega otroštva. Govorimo o tako imenovanem sindromu otroške naglice, ko se otroci prek starševskega nadzora vse bolj zgodaj vključujejo v intenzivno vsakdanje življenje. Otroški urnik je vse bolj podoben urniku odraslih, ker se morajo prilagoditi hitrim družbenim spremembam (Erikel v Švab, 2001: 143).

2. ODVISNOST

2.1 Teorije odvisnosti

Velika večina politik do drog nasploh, pa 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 v zvezi z drogami 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 v Flaker, 2002: 118).

Ines Kvaternik (2005: 59) pravi, da prevladujoči diskurzi o drogah (politični, medicinski, kriminalistični) 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 organa, ki v imenu zatiranja narkomanije zatira vse večje segmente družbe. Policijski diskurz uporabnika drog kriminalizira, medicinski diskurz pa ga uvrsti v kategorijo bolnika (2005: 9).

Sociološke teorije pojasnjujejo uživanje drog z določenim deficitom, na primer s pomanjkanjem gmotnih dobrin, pomanjkljivo vzgojo (socializacijo), pomanjkljivim družbenim nadzorom, relativnim prikrajšanjem in pomanjkanjem trdnih temeljev družabnega življenja. Socialni model pa se posveča predvsem družbenemu okolju. Zaznavanje uživanja drog lahko poteka na več načinov. Uživalec drog je »normalna osebnost«, ki je zato, da lahko obvladuje napetosti in pritiske vsakodnevnega življenja, razvil neko strategijo, čeprav lahko tudi nelegalno in potencialno nevarno. Vidi se lahko tudi kot žrtev socialnega okolja, kot nekdo, ki živi v razmerah velike socialne, ekonomske ali emocionalne depriviranosti. Trenutna politika do drog spodbuja predvsem zmanjševanje zdravstvenih posledic uživanja (varnejše uživanje drog z namenom preprečevanja širjenja nalezljivih bolezni ...), nepokrito pa ostaja obsežno področje socialnih posledic, povezanih z uživanjem drog (Grebenc 2003:157).

2.2 Pojem odvisnosti in razvojne faze odvisnosti

Definicija pojma zasvojenost vsebuje izvorno definicijo triade zasvojenosti, ki jo je leta 1912 opisal Towns: to so stopnjevanje želja oziroma hlepenje po učinkovini, povečevanje tolerance in odtegnitveni simptom ob prenehanju uporabe droge. Ti elementi so vidni v definiciji, ki jo je oblikoval v definiciji zasvojenosti in navajenosti WHO leta 1957. »Zasvojenost je stanje periodične ali kronične intoksikacije, ki jo povzroča ponavljajoče se jemanje droge. Značilnosti zasvojenosti vključujejo vsepremagojučo 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.« (Young, 1971 v Kvaternik, 2006)

Becker je pokazal, da je uživanje drog psihosocialni proces, saj se mora uživalec naučiti uživati droge, to pa lahko naredi le tako, da se vključi v skupino uživalcev in njeno kulturo;

od izkušenih uživalcev tako dobiva nasvete, interpretacije posameznih dogodkov, občutij, izkušenj in pomoč pri uživanju, posnema bolj izkušene uživalce in jih jemlje za vzor. Uči se po eni strani tako, da je vključen v skupino, po drugi pa tudi s tem, da je izpostavljen javnim, pogosto negativnim podobam. Po Beckerju je uživanje drog psihosocialni proces, Lindesmith pa pokaže, da to ne velja zgolj za uživanje, ampak tudi za zasvojenost. Slednji je iskal splošno definicijo zasvojenosti in ugotovil, da je telesna odvisnost preohlapen in hkrati nezadosten pogoj za definiranje fenomena zasvojenosti. Taka definicija izključuje tiste, ki so zasvojeni, pa v tistem trenutku niso v stanju telesne odvisnosti, vključuje pa tiste, ki so telesno odvisni, pa ne hlepijo po mamilu. Prav želja ali bolje rečeno hlepenje je specifično za zasvojene uživalce. Lindesmith zatrjuje, da hlepenje ni posledica želje po užitku, ki je eno od gonil uživanja, a pogosto prav v obdobju zasvojenosti pojenja. Pojem droga je različno razumljen in definiran, s farmakološkega stališča je zanimiv vpliv na človeški organizem, z medicinskega pa učinek uporabe droge na človekovo zdravje. S sociološkega stališča je pomembno proučevanje te substance s stališča družbene interakcije med posameznikom in skupino, ki ji posameznik pripada, in celotno družbo. Pojem droge je tako večdimenzionalen: sestavljajo ga tri komponente; substanca, posameznik ter družbeno in kulturno okolje (Hočevar, 2005: 32).

Odvisnost je torej motnja, tako telesna kot duševna – stanje zasvojenca in njegove okolice. Nedvomno pa ni samo navada in stil, ampak tudi bolezen, ki spremeni strukturo in delovanje možganov (Kastelic, Mikulin, 2004).

Na človekovo zasvojenost je treba gledati celostno in se ne opirati zgolj na posamezen vidik zasvojenosti. Zasvojenost je torej treba razumeti kot interakcijo »več posameznih, fenomenoloških, edinstvenih ter individualno pogojenih začaranih krogov« (Polajner, 2006b: 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:

1. Biološko-kemični vidik zasvojenosti: navadno ga opisujejo kot primarne motnje v nevrottransmitterskih prenosih dopamina in endorfina. Taka motnja povzroča potrebo po drogi in nasprotno – tudi droga lahko primarno povzroča motnje v nevrottransmitterskih prenosih in tako tvori biokemični začarani krog naraščanja potrebe po drogi;

2. Vedenjski vidik zasvojenosti: gre za krivdno vedenje (uživanje nedovoljenih drog in druga družbeno nesprejemljiva vedenja, za katera se človek čuti kriv) in nato za sram, kar spet povečuje potrebo po omami – za to pa je spet potrebna droga;

3. Psihološko-osebnostni – doživljajski vidik zasvojenosti: ta vidik zajema čustvene motnje in stiske, osebnostne značilnosti, ki višajo verjetnost uživanja drog (plahost, preobčutljivost, nizko samospoštovanje ...);

4. Družinsko-odnosni vidik zasvojenosti: zlasti gre za dve nasprotji družinske patologije z enakimi posledicami: po eni strani za odsotnost pristnih odnosov oz. za čustveno zanemarjanje in na drugi strani za patološko pretiravanje pri zaščiti ali prilaščanju otroka;

5. Družbeno-vrstniški vidik zasvojenosti: tukaj gre za negativni socialni pritisk vrstnikov, zlasti danes, ko je uživanje drog med mladimi moderno in ko se mladim zdi, da morajo imeti »izkušnjo z drogo«;

6. Druženoodnosni vidik zasvojenosti: vključuje dve družbeni nasprotji: po eni strani izločanje krhkih oseb in zasvojenih članov družbe, ki najbolj potrebujejo pomoč (npr. odpor do ustanavljanja komun, zavračanje vsake »drugačnosti« ...) in na drugi strani

izkoriščanja ter prefinjene oblike nasilja nad posamezniki (npr. z agresivnimi reklamami, s plitvo potrošniško mentaliteto, z nečloveškimi delovnimi razmerami ...);

7. Duhovno-ontološki vidik zasvojenosti: zajema razsežnosti, kot so stalna ontološka napetost med dobrim in slabim v človeku (iz tega vidika je človekovo normalno stanje stalna ontološka napetost, in ne notranji mir) ter ontološki pritisk človekove poklicanosti in ustvarjalnosti;

8. Vidik duševnih ran oz. težjih travm: pri zasvojenih so zlasti pogoste travme zaradi spolne zlorabe, preživljanje otroštva s staršem alkoholikom, fizično nasilje v družini, vzgojno zanemarjanje itn.

Pri zasvojenosti je torej potreben celostni pristop, ki vključuje vse zgoraj omenjene vidike zasvojenosti. Prek njih lažje odkrijemo, za kakšen tip uživalca drog gre, ter mu zagotovimo tisto obliko pomoči, ki jo sam najbolj potrebuje. Odvisniki od prepovedanih drog se srečujejo z različnimi problemi na različnih življenjskih področjih (somatski, psihični, socialni, materialni in družbeni). Za vse oblike odvisnosti je značilno, da obstaja neka potreba (po hrani, varnosti, udobju, razvedrilu ...). Druga nepogrešljiva sestavina procesa, v katerem se razvija odvisnost, pa je »nekaj, kar je videti kot rešitev, v resnici pa večja potreba«. Problem se stopnjuje, ker posameznik ne more sprevideti, da je pot, rešitev napačna in da namesto k zadovoljitvi potrebe vodi le k njenemu stopnjevanju (Stritih, 2003).

Sindrom odvisnosti se določi, ko se povežejo fiziološki, vedenjski in kognitivni dejavniki, ki enoznačno opredeljujejo bolezen odvisnosti. Osnovna opisna značilnost je želja (običajno močna ali prevladujoča), da bi posameznik užil PAS (psihoaktivno snov). Želja ponavadi prehaja v potrebo, prisilo. Posameznik večinoma ne more nadzorovati želje po količini, pogostosti vnosa in opustitvi uživanja droge. Ko poskuša opustiti drogo, se lahko pojavijo abstinenčne težave, ki so lahko telesne ali duševne narave ali oboje. Opazimo tudi učinke tolerance in opustitev zanimanja za druga zadovoljstva, vsakodnevne obveznosti, socialne stike ter povečanje časa, ki ga posameznik porabi za dejavnost, povezano z uživanjem droge (Kastelic, 2004: 120).

Ramovš zasvojenost in odvisnost imenuje umetna škodljiva potreba, ki se razvija postopoma, s privajanjem na psihoaktivno snov, na obliko vedenja (igre na srečo) ali na doživljanje resničnosti (sovražnost do nekoga). Kot umetno potrebo jo opisuje, ker gre za nekaj, kar človeku po naravi ni potrebno. Kot škodljivo pa zato, ker se njene kvarne posledice kažejo na vseh človekovih razsežnostih, telesni ali biofizikalni, duševni, katere dejavnosti so zavestne ali nezavedne, duhovni, medčloveški, zgodovinsko-kulturni, bivanjski, volji do smisla (Ramovš, 2001: 61–62).

Uporaba droge je način manipuliranja s svojim psihofizičnim aparatom (pa tudi zunanjim svetom). Gre predvsem za zbujanje prijetnih oziroma lajšanje neprijetnih čustev in občutkov. Pogosto gre tudi za manipuliranje v smislu spreminjanja svojih psihofizičnih zmožnosti, da bi bili bolj zmožni in konkurenčni, ali pa manj zmožni (zato v nekem smislu opravičeni). (Milivojević, 2002: 153)

Kanduč pa zagovarja stališče, da ima posameznik pravico do odločanja o tem, kaj bo vnesel v svoje telo, torej tudi (zlo)uporabe drog in s tem povezanih življenjskih slogov.

Vendar pa ob priseganju na človeško avtonomijo pri izbiri življenjskega sloga pogosto spregledamo, da je avtonomija v razmerju do uživanja drog pogosto vprašljiva. Uživanje

drog je nemalokrat izhod v sili ob pomanjkanju najrazličnejših virov za reševanje življenjskih stisk in problemov. Seveda ima posameznik tudi v tem primeru pravico do uporabe droge, vendar se je v takih okoliščinah smiselno zavzemati predvsem za njegovo pravico do kakovostnejšega življenja. (Kanduč, 2003: 61)

Kdo bo posegel po kaki vrsti droge ali postal od nje odvisen, ni odvisno od same droge, ampak tudi od številnih dejavnikov tveganja in zaščite, zato je treba pri reševanju posameznih primerov poznati okolje, kamor segajo korenine problema, ter medsebojno prepletenost raznovrstnih dejavnikov in drog.

2.3 Tipologije uporabnikov drog

Zinberg (1984: 7) opredeljuje uporabo drog na podlagi kontinuuma med kontroliranim uporabnikom oziroma kontrolirano rabo na eni strani in kompulzivnim uporabnikom drog na drugi strani. Goldberg pa uporabnike drog razvršča na stopnjo, ko raba drog ne pomeni nič, in na stopnjo, v kateri imajo uporabe drog prednost v življenju. Z izrazom problematični uporabnik označuje posameznike, ki so si dovolili, da ima psihoaktivna substanca najpomembnejšo vlogo v njihovem življenju. Z izrazom rekreativni uporabnik označuje posameznike, za katere je uporaba drog le ena od vzporednih poti njihovega življenja (Kvaternik, 2005: 45).

Kastelic (2004: 102–105) obravnava faze uživanja drog kot proces, ki od prve faze eksperimentiranja po korakih oziroma naslednjih fazah vodi do odvisnosti:

Faza eksperimentiranja: posameznik drogo uporablja zaradi radovednosti in hlepenja po vznemirjenosti, navadno pa tudi zaradi pritiska vrstnikov. Zahrbtnega učinkovanja droge se ne zaveda. Zanj je na začetku bolj pomembno vzburjenje, da si je sploh upal, kot sam učinek drog, ki ga uživanje prinaša;

Faza socialne rabe: Posameznik uživa drogo, kadar se želi zgledovati po skupini vrstnikov. V tej fazi mladostnik drogo že kupuje, vendar jo jemlje ponavadi le ob koncu tedna. Ob ponavljajočih se poskusih uživalec pridobiva izkušnje, kako droga vpliva na njegovo vedenje in čustvovanje, zaznava spremembe vedenja in razpoloženja, ki po učinkovanju droge mine in postane spet »normalno«. Toleranca raste, sega po novih drogah. Vse bolj je prežet s subkulturo drog;

Fazi instrumentalne rabe: Ključno za to fazo je iskanje posebnih čustvenih ali vedenjskih stanj. Pomembno je ugotoviti motiv, ki mladostnika žene pri tem iskanju. Pri jemanju iz hedonističnih nagibov gre za iskanje ugodja, želje po dobrem počutju in bolj sproščenem vedenju. Pri kompenzacijski rabi posameznik uživa drogo zato, da lažje prebrodi stresne situacije in prežene neprijetna čustva. Gre za neke vrste »samozdravljenje«;

Habitualna faza: Značilno je pogostejše uživanje droge, pojavijo se bolezenski znaki odvisnosti. Ključno za to fazo je prilagajanje in to, da se po prenehanju učinkovanja droge čustveno stanje ne normalizira, temveč se pojavijo rahla depresija, težave pri koncentraciji, motnje spanja in nemir. Motiv tukaj narekuje droga sama oziroma normalizacija posameznikovega psihičnega in fizičnega stanja ob pomoči droge. Uživalec se sicer zaveda nastajanja odvisnosti in si postavlja meje, ampak se jih ni sposoben držati. Toleranca raste. Pri drogah, ki pa povzročajo telesno odvisnost, se ob odtegnitvi pojavijo bolezenski odzivi organizma;

Kompulzivna faza: Uživalec je obseden z drogami ter docela odvisen od droge in obseden z željo po njej. Kljub temu še vedno poskuša občasno nadzorovati uživanje droge; ponavadi neuspešno;

Faza odvisnosti: Uživalec je obsesivno vezan na drogo, je agresiven, depresiven, razdražljiv in apatičen.

Flaker (1999: 213–220) je sestavil naslednjo tipologijo uživalcev drog, ki jo je povzel in sestavil s križanjem tipologij različnih avtorjev¹:

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 džankiji², pa 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 zasvojeni 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

Flaker tipologijo opredeljuje kot dinamično, to pomeni, da so mogoči prehodi iz 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 oziroma »nazadovanja« v zgodnejšo fazo. Možna je tudi regresija na stopnjo neuživanja drog (Kvaternik, 2005: 50).

¹ 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, terapevtski uživalci, ki uživajo drogo kot zdravila, ter nekomformisti, ki uživajo drogo kot način odpora proti obstoječim vrednotam.

² 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).

2.4 Dejavniki tveganja in zaščite

Dejavniki tveganja³, ki vplivajo na uživanje drog in na izbiro droge, so lahko zelo različni in številni, kajti obstaja tudi več vrst uživalcev. Kdo bo posegel po kaki vrsti droge in jo začel redno uživati ali postal od nje odvisen, pa ni odvisno le od same droge, ampak tudi od številnih »dejavnikov tveganja in zaščite«, zato je treba pri reševanju posameznih primerov poznati okolje, kamor segajo korenine problema. Danes bolj kot o vzrokih uživanja drog razmišljamo o dejavniki tveganja, pri čemer je močno podcenjena nevarnost uživanja dovoljenih drog slab zgled mladim tudi pri nas. Večina mladostnikov začne jemati droge iz hedonističnih nagibov, se pravi, zaradi dobrega počutja in zabave. Lahko jih zanima tudi le njihov učinek. Hedonistični užitki in popuščanje vedenjskih zavor so osnovni razlogi za jemanje drog tudi pri odraslih. Prav tako ali morda še bolj nevarno je uživanje psihoaktivnih snovi z namenom, da bi se razbremenili neprijetnih čustvenih stanj, kot so dolgčas, osamljenost, žalost, vznemirjenost, jeza ipd.³ Pojav odvisnosti je prezapleten, da bi ga lahko pojasnila sociologija, genetika ali psihologija sama. Ni naključje, da celo medicina opredeli odvisnost kot biopsihosocialno bolezen. Očitno je veliko vzrokov in vplivov, ki vodijo posameznika v uporabo drog, bolj očitni dejavniki pa so okolje, izobraževanje, vrstniki, tip osebnosti in dostopnost droge. Ashton (2002: 93) navaja študije, ki dokazujejo, da so nekateri posamezniki bolj nagnjeni k uporabi drog in posledično tudi k odvisnosti. Kljub temu poudarja, da ni standardnega profila odvisnika, saj pripadajo različnim tipom osebnosti in imajo različne socialnoekonomske statuse in družinska ozadja. Študije, ki jih navaja, pa so identificirale vrsto zaščitnih dejavnikov in dejavnikov tveganja. Navaja naslednje dejavnike tveganja in varovalne dejavnike za odvisnost od heroina:

Kastelic in Mikulan (1999: 84) navajata naslednje dejavnike tveganja: pozitivno družinsko anamnezo glede uživanja kakršnih koli psihoaktivnih snovi, uživanje oziroma neustrezen odnos do uživanja drog, družbo vrstnikov, ki uživajo droge, konflikte v družini, nesposobnost reševanja slednjih, vedenjske motnje, osamljenost, uporništvu, izjemne socialne težave, izvirajoče iz siromaštva, izostajanje iz šole, šolsko neuspešnost, pogosto spreminjanje stalnega bivališča.

Parker kritizira pretirano usmerjenost v pojasnjevanje uporabe drog pri mladih z dejavniki tveganja. Takšno usmerjenost povezuje s tistim delom razvojne psihologije, ki uporabo označuje kot zlorabo in jo razume kot znak individualne patologije. Meni, da je takšno povezovanje uporabe drog in individualne ali družinske patologije lahko zdržalo pred dvajsetimi leti, nikakor pa ne danes, ko se življenjska prevalenca uporabe marihuane med 15- in 16-letniki v EU približuje 40 %. Po teh podatkih bi imel velik del mladih v EU »psihosocialne motnje«, vzgajali pa bi jih starši alkoholiki, ki tudi sami jemljejo droge (Parker in drugi v Sande, 2004: 68).

³ Dejavniki tveganja in zaščite: A) Dejavniki posameznika: osebnostne značilnosti, stališča in prepričanja, dednost itn. B) Medosebnostni in socialni dejavniki: družina, vrstniki, šola, osebnostne situacije, policija, lokalna skupnost itn. C) Dejavniki okolja: družbene norme in ukrepi, mediji, tržištvu, cena, zakonodaja itn. Č) Dejavniki drog: lastnosti dovoljenih in nedovoljenih drog, količina droge (odmerek), načini uživanja oziroma poti vnosa (na primer kajenje, vbrizgavanje itn.), intenzivnost uporabe (pogostost uživanja), kombinacija drog itn.

Kumpferjeva (1998: 55–57) je na osnovi znanstvenih raziskav in študij (Hawkins, 1994, Kumpfer, 1995, Wright, 1992, Zucker, 1995) oblikovala seznam družinskih korelatov, ki so povezani s poznejšo uporabo drog pri otrocih⁴:

- zgodovina vedenjskih problemov v družini, vključno z antisocialnimi vrednotami staršev, uživanje drog in pozitivna stališča do rabe drog, kriminaliteta med starši, psihopatologija,
- šibka socializacijska praksa, pomanjkljivo spodbujanje pozitivnega moralnega razvoja, zanemarjanje učenja socialnih veščin,
- neučinkovit nadzor nad otroki, zanemarjanje,
- neučinkovite veščine discipliniranja otrok vključno s popustljivostjo, nekonsistentnostjo in pregrobnim discipliniranjem,
- šibki odnosi med otroki in starši,
- ekscesivni družinski konflikti in zakonski prepiri (verbalna, fizična in spolna zloraba),
- družinska dezorganizacija, kaos in stres kot posledica slabega obvladovanja veščin,
- slabo mentalno zdravje staršev (depresija, sovražnost staršev do otrok),
- družinska izolacija, pomanjkanje široke družinske podporne mreže,
- diferencirana družinska kulturacija.

2.5 Posledice odvisnosti

Posledice prekomernega uživanja drog se kažejo na različnih področjih uživalčevega življenja in so lahko mnogokrat usodne. Grebenc (2003: 60–61) pravi, da lahko vrsto škode pri prekomernem uživanju droge razdelimo na tri glavna področja, ki so med seboj povezana: socialno in osebno, pravnoformalno, zdravstveno.

2.5.1 Socialna in osebna škoda

V družbi so uživalci drog stigmatizirani in izpostavljeni negativnemu stereotipiziranju, kar vodi v nizko samopodobo ljudi, ki uživajo droge, hkrati pa v zavračanje uživalcev v širši skupnosti. Medosebni odnosi s prijatelji, družino, sodelavci so lahko okrnjeni ali izgubljeni ter obremenjeni zaradi uživanja drog. Možnosti zaposlitve in drugi pozitivni karierni načrti so preprečeni zaradi policijskih in zaporniških kartotek, neizpolnjevanja delovnih ali šolskih obveznosti. Delo in izobraževalni proces sta lahko okrnjena ali prekinjena, ker nekdo uživa droge intenzivno in nekontrolirano, lahko je oteženo ali onemogočeno tudi vključevanje v nadaljnje izobraževanje, lahko pa pride tudi do izključitve iz izobraževalne ustanove. Tisti, ki so v skupnosti znani kot uživalci drog, imajo omejen dostop do pravic, ki so v skupnosti na voljo ljudem, ki ne uživajo drog (npr. ne dobijo mesta v materinskem domu, ne smejo v mladinski klub, zapostavljeni so pri prošnjah za denarne pomoči, ne smejo se vključiti v prostočasne organizacije ...).

⁴ Na osnovi dejavnikov tveganja in zaščite so v ameriškem prostoru nastali različni programi, ki so namenjeni staršem, saj so raziskave pokazale, da razvijanje veščin staršev lahko pomaga, da se izognejo specifični starševski praksi, ki pomeni večje tveganje za to, da bodo adolescenti razvili tvegano obliko vedenja (glej Keeping Children Drug Free Using).

2.5.2 Pravnoformalna škoda

Posest že manjših količin droge je prekršek, nakup in prodaja pa sta kaznivi, zaradi tega so ljudje tudi zaradi lastne uporabe drog evidentirani v policijskih kartotekah. Opravka imajo s sodiščem, nekateri so zaradi tega priprti ali zaprti, kar vse vpliva na njihovo osebno kariero. Zaradi negativnih kartotek, in ker so na slabem glasu, imajo težave pri iskanju zaposlitve, stanovanja, pri urejanju formalnosti na uradih itd.

2.5.3 Škoda za zdravje

Nepoznavanje drog ter načinov uživanja vodi v vrsto škodljivih posledic na zdravstveno stanje posameznika oz. somatično področje: predoziranje, okužbe, poškodbe, zastrupitve, nesreče. Posledice so rezultat souporabe pribora, nepoznavanja drog, precenjevanja lastnih zmožnosti, napačnih predstav o uživanju, nezavarovane spolnosti. Na psihičnem področju lahko pride do doživljajskih motenj (npr. otopelost, depresija, stiska, moteno doživljanje samega sebe in soljudi, okolja itd.).

2.5.4 Stigmatizacija

Stigma⁵ je interakcijski pojem, nastane na podlagi interakcij in jih vodi, diskreditira stigmatizirane in jim zmanjša splošno interakcijsko kredibilnost. V formalnem okolju zaposlitve ali šole je veliko pomembnejša kot v manj formalnih okoljih. Ukrepi so hitrejši in odločilnejši, prizivnost manjša, trud, vložen v prikrivanje stigme, večji, stopnja nadzora usodnejša, možnost, da nekdo obdrži svoj položaj, manjše, in to zato, ker je stigma ekonomsko okrepljena in ker je v naši kulturi povezana z vprašljivostjo pogodbenega statusa posameznika, z vprašanjem, ali človeku lahko verjamemo, da bo opravil svoj del pogodbenih obveznosti, in ravnal tako, kot od njega pričakujemo. Je pečat nepričakovanega. Gre za vnaprej določene prostore, kjer velik del interakcij uravnavajo vnaprej postavljena pravila, ki jih je mogoče le deloma sproti spreminjati in prilagajati. Opravičila in pojasnila so izjeme, in ne pravilo in »manj zaležejo« kakor denimo v bolj osebnih, čeprav še vedno javnih interakcijah. Vrednost stereotipnih predpostavk je večja, možnost za samoreferenčno tkanje vzajemnih podob pa manjša (Grebenc, 2002).

Izraz stigma⁶ in njegovi sinonimi skrivajo v sebi dvojnost, medtem ko je stigmatiziranemu posamezniku pripisana nezaželena drugačnost, ki je znana okolju, prisotna ali celo vidna navzven, je fenomen stigmatizacije prisoten tudi pri prikriti in okolju neznani lastnosti. V prvem primeru se posameznik sooča z diskreditacijo lastne socialne vrednosti in pogosto je

⁵ Pojem stigme se je prvič pojavil v stari Grčiji kot oznaka za različna v človeško telo vžgana ali vrezana znamenja, s katerimi so fizično označili posameznika, ki naj bi imel v značaju nekaj nenavadnega, slabega in moralno oporečnega. Tako so »žigosali« sužnje, kriminalce, izdajalce in jih s tako vidnimi znamenji izpostavili družbeni izolaciji. V času krščanstva se je nanašala na svetost telesnih znamenj, ki so spominjala na Kristusove rane, in druga zdravniška poimenovanja ta to versko aluzijo, ki je znamenja obravnavala kot znamenje bolezni telesa. Danes je pojem široko rabljen, največkrat z njim označujemo odrinjenost na rob družbe, vendar bolj psihološke kot fizične narave (Goffman, 1980).

⁶ Goffmanova teza je »stigma je identiteta« in stigmatizirani šele s svojim vedenjem omogoča stigmatiziranje in s tem kategoriziranje samega sebe kot stigmatiziranega posameznika (Goffman v Nastran Ule, 2000: 181). »Stigmatizirani« in »nestigmatizirani« ljudje so vedno medsebojno povezani v odnosu inferiornost/superiornost. Ta odnos pa je ključen za razumevanje pomena stigme (Nastran Ule, 1999: 206).

s tem iznakažena tudi osebna percepcija samega sebe, v drugem primeru, ko je stigma okolju prikrita, pa gre za grožnjo potencialne diskreditacije (Goffman, 1980).

Flaker govori o tem, da je stigma interakcijski pojem in je posledica stereotipiziranja družbenih interakcij. Stigma nastopi, ko nekdo ne izpolnjuje pričakovanj, ko namreč ni isto, kar se zanj domneva, da je. Je oznaka, ki človeka razvršča. Kot pravi Goffman, gre za razkorak med navidezno in dejansko identiteto, med tistim, za kar na osnovi običajnih stereotipov sklepamo, da bi človek moral biti, in tistim, kar se dejansko izkaže. Če so atributi dejanske identitete globoko deskreditirajoči, posameznika reduciramo na to njegovo posebnost. Ta redukcija pa postane glavno orodje za njegova dejanja in razumevanje njegove identitete (Flaker, 2003: 32–34).

Izkušnja s stigmatom je običajno posledica kronične bolezni in stalna grožnja v življenjskem poteku kroničnega bolnika. Stigma naredi bolnika ranljivega za negativno socialno identifikacijo in samodefinicije. Gre za posameznikovo lastnost, po kateri se razlikuje od večine v skupnosti, tako da ima večina in tudi on sam to lastnost za odklonsko, deviantno. Stigmatizirajoče situacije se razvijajo tedaj, ko kakšni osebi ne izkazujemo spoštovanja in priznanja, ki bi ji sicer pripadala glede na splošni družbeni položaj oziroma bi ji pripadala, če ne bi imela določenih kritičnih lastnosti. Glavna značilnost identitetne politike stigmatizirane osebe je, da mora zmeraj igrati igro, v kateri se navzven drugim ljudem predstavlja kot normalna. Bolniki so razvrščeni v skupine dobrih in slabih bolnikov in otrok. V zadnjo kategorijo padejo tisti, ki kršijo pravila, vendar se ne zdi odgovorni za svoje početje. Njih zdravniki obravnavajo na poseben način glede na njihove socialne demografske značilnosti. Ti bolniki niso odgovorni za svoje početje. V to kategorijo avtomatsko padejo odvisniki. Status bolnika jim v večini življenjskih situacij škodi, jih dodatno stigmatizira, na drugi pa daje opravičilo za dejanja in ga je mogoče izrabiti kot izgovor za beg iz realnosti. (Nastran Ule, 2003:153).

Stigmatizirajoči ob stiku s stigmatiziranim občuti večplastno nelagodje. Po eni strani mu razkorak odtuja stigmatiziranega, saj ga ne zmore spoznati znotraj svojega tolerančnega območja (ne more računati na to, kar naj bi bil), hkrati ga izključi iz njegovega doživljajskega sveta, saj mu je izkušnja drugega po definiciji tuja. Pomemben vidik stigme je, da stigmatizirani za stigmatizirajočega ne zaseda več podobnega položaja. To nelagodje »normalni« lahko upravljajo na več načinov, tako da se vedejo, da je stigmatizirani boljši, kot čutijo, tako kot da je slabši, kot čutijo, ali pa ga preprosto prezrejo (Flaker, 1999).

Posameznik, odvisen od prepovedanih drog, se s stigmatom sreča na več življenjskih področjih:

Delo in stigma: Flaker in sodelavci v svoji raziskavi ugotavljajo, da je stereotipna podoba »džankija«, da ne dela. Na splošno tudi velja, da uživalec težko dobi oziroma obdrži službo, in to nedvomno drži za tiste, ki so zasvojeni in so zasidrani v vlogi uživalca ali celo džankija. Delo je na drugem mestu, saj ima uživalec preveč opraviti z nabavo droge. Veliko jih tudi ni sposobnih obdržati službo, zato ker si tega ne želijo ali pa zato ker ne morejo opravljati dela v takšnem stanju. Če uživalec tone v vlogo džankija, mu je čedalje težje vzdrževati druge vloge, še zlasti na delovnem mestu. V tem primeru stigma ni odločilnega pomena, čeprav prispeva k splošni resignaciji (vdanosti v usodo). Tipično je, da delodajalci izkoriščajo stigmatizirane delavce zaradi njihove ranljivosti, pri čemer gre za neko vrsto izsiljevanja. To je lahko dvorezni meč, po eni strani dovoljuje uživalcu zaslužek in delo, tudi samodokazovanje, po drugi strani pa ga sili čez njegove meje in ga na podoben način

kot v vlogi džankija oropa prostega časa in drugih ugodnosti. Zaradi pomanjkljive izobrazbe in stigmatiziranosti velikokrat uživalec ponujajo slabo plačane službe. Slabo plačane službe, ki so na voljo uživalcem (javna dela), so v odkritem nasprotju z vsotami denarja, ki gredo skozi roke uživalca (preprodaja). Džankiji in drugi uživalci so tako rekoč prisiljeni v ilegalne in pollegalne zaposlitve ali bolje rečeno zaslužke, kot so preprodaja, prostitucija, beračenje. Delo je najbolj občutljivo za stigmo uživanja droge in najpogostejši vzrok za prikrivanje stigme, saj po eni strani v primerjavi z družinskim, vrstniškim ali javnim okoljem bolj nadzorovano, tako da se stigma bolj pokaže, njene posledice pa so bolj določene. Po drugi strani stigma ni le interakcijska ali moralna kategorija, temveč tudi ekonomska, ne le da omogoča izključitev neke skupine iz dela sveta, temveč na račun stigme dejansko zaslužijo delodajalci kot tudi uživalci (Flaker, 2002: 140).

Stanovanjski problem: Uživalci kot skupina nimajo hudih stanovanjskih problemov. Podobno kot njihovi vrstniki jih večina živi doma, toda grožnja, da bodo ostali brez strehe nad glavo, je vsaj desetkrat večja kot pri njihovih vrstnikih, ki ne uživajo heroina. Heroin postane le izgovor, racionalizacija ali katalizator procesa, ki ga proizvaja stanovanjska stiska in ki ga ni mogoče rešiti z novim stanovanjem, zato začne delovati na drugi ravni, je reteritorializiran na ravni krivde, stigme (droga kot izgovor, da lahko starši otroka vržejo iz stanovanja). Stanovanjska stiska pomembno vpliva na destruktivni izid kariere, verjetno bolj kot droga sama.

Stigma v družini: Drama na stike z uživalci in njihovimi starši vpliva različno, stiki se pogosto ohladijo ali celo pretrgajo, starši svojih otrok ne podpirajo ali jih celo obsojajo, odnosi se celo tako poslabšajo, da pride do fizičnega nasilja in sovraštva. Uživalci večinoma ostanejo v stiku z ožjimi sorodniki, s širšim sorodstvom pa stike prekinajo. Tudi družina poskuša pred zunanjim svetom skriti svojo družinsko dramo in se izolirati. Starši navadno ne vedo, kaj narediti, kako ravnati, ponavadi se začne iskanje krivca. Otroci občutijo krivdo, ker so razočarali svoje starše, ti pa zato, ker niso dobro opravili svoje starševske naloge. Čeprav je glavni protagonist drame uživalec, pa je drama predvsem stvar staršev in izhaja iz njihove stiske. Doživljanje stiske je sestavljeno iz: skrivanja in pretvarjanja (povzroči napetosti med starši in otroki, nezaupanja, izogibanja), kriminalizacije (droga je prekršek, zato avtomatično proizvede storilca in razdeli vloge v drami; proizvede tudi ozračje, kjer grozi kazen in vlada strah pred katastrofo), krivde in sramu (uživanje droge je moralni prekršek, kar izzove strah in tesnobo pred tem, kakšen bo družbeni odziv na odkritje in z njim povezan sram), majhnih kraj, neodobrenih posojil, drobnih goljufij (vse to vnaša nezaupanje med družinske člane, vnaša nelagodje v vsakdanje življenje), dileme med lojalnostjo do otrok in odgovornostjo za njihovo vedenje (starše postavlja v vlogo zastopnika moralno-družbenega reda).

Stigma med prijatelji in v neformalnih odnosih: Uživalci, zlasti tisti, ki so globoko v karieri, pogosto izgubijo stike z vrstniki, ki ne uživajo droge. To je tudi ena glavnih socialnih posledic zasvojenosti s heroinom. Izogibanje starim prijateljem je včasih posledica aktivne stigmatizacije, demonizacije, ki jo uprizarjajo nekateri starši. Delovanje stigme je še toliko bolj krivično, ker etiketiranje poteka tako hitro in pavšalno. Človek, ki je stigmatiziran, se samemu sebi ne zdi tako zelo drugačen, drugi pa »delajo razliko«. Ljudje, ki so pod udarom procesa stigmatiziranja, postanejo previdni in jih že vnaprej potisne v obrambni položaj (izogibanje stikom).

2.6 Razširjenost drog v Evropi in Sloveniji

Uporaba prepovedanih drog kje resen javnozdravstveni problem tako v svetu kot v Evropski uniji in tudi v Sloveniji. Po oceni Urada za droge in kriminal pri Združenih narodih naj bi namreč v svetu uživalo prepovedane droge kar 200 milijonov ljudi. V razširjeni Evropi pa je po podatkih Agencije EU za droge med 1,2 in 2,1 milijona problematičnih uporabnikov drog. Zadnje raziskave kažejo, da narašča število uporabnikov prepovedanih drog tako na območju EU in tudi v slovenskem prostoru. Splošna razširjenost problematične rabe opiatov v EU se giblje med dva in osem primerov na tisoč prebivalcev, starih od 15–64 let, v Sloveniji pa naj bi bilo uporabnikov drog nekje od 7000 do 10000 (Lavrenčič, 2007).

Po podatkih Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA, 2008) je med odraslim prebivalstvom v starosti od 15 do 64 let 71 milijonov takih, ki so konopljo uživali kadarkoli v življenju, kar je 22 % odraslih Evropejcev. Marihuana ostaja prevladujoči proizvod v številnih državah članicah EU in zahodne Evrope, ki ostaja glavna svetovna porabnica. V Evropi se povečuje tudi domača proizvodnja, ki znaša od nekaj rastlin pa do velikih nasadov, gojenih za komercialne namene. Kokain je kadarkoli v življenju poskusilo 12 milijonov ali 3,6 % odraslih Evropejcev, v zadnjem letu ga je uživalo 2,6 milijona ali tretjina tistih, ki so to drogo že kdaj poskusili. Kokain je danes v številnih državah v južni in zahodni Evropi najpogostejše uživani stimulan, njegova uporaba pa se še povečuje. 9,5 milijona oziroma 2,5 % odraslih Evropejcev je kadarkoli v življenju uživalo ekstazi, v zadnjem letu pa 2,6 milijona ali tretjina tistih, ki so to drogo že kdaj poskusili. 11 milijonov oziroma 3,3 % odraslih Evropejcev je kadarkoli v življenju uživalo amfetamine, v zadnjem letu pa dva milijona ali petina tistih, ki so to drogo že kdaj poskusili. Problematično uživanje opioidov pa se v populaciji Evropejcev giblje od enega do šest primerov na 1000 odraslih oseb. Javni izdatki za boj proti drogam znašajo v letu 2008 34 milijard EUR, kar je 0,3 % bruto domačega proizvoda vseh držav članic EU. Število prijavljenih kršitev se je med letoma 2001–2006 v povprečju zvišalo za 36 % (EMCDDA, 2008).

Prav tako EMCDDA (2008) poroča, da so opiodi, predvsem heroin, glavna droga, zaradi katere v večini držav poročevalk uživalci iščejo zdravljenje. Od 387.000 zahtev za zdravljenje v letu 2006 (podatki iz 24 držav) je bil heroin glavna droga v 47 % primerov, za katere je primarna droga znana. V večini držav je po poročanju med 50 in 60 % vseh povpraševanj po zdravljenju povezanih z uživanjem opioidov, v preostalih državah se ta delež giblje med 15 in 40 %. Opioidi pa niso najpogostejše sporočena primarna droga samo med tistimi, ki se začnejo zdraviti, temveč tudi med tistimi, ki se že zdravijo. V nedavnem projektu, ki je vključeval devet držav in vključeval vse uživalce na zdravljenju, je bilo ugotovljeno, da so primarni uživalci opioidov sestavljali 59 % uživalcev, ki se že zdravijo, in samo 40 % uživalcev, ki so se začeli zdraviti prvič. Večina uživalcev drog, ki so se začeli zdraviti v izvenbolnišničnih okoljih zaradi primarnega uživanja opioidov, uživa tudi druge droge, vključno s kokainom (25 %), drugimi opiodi (23 %) in konopljo (18 %). Poleg tega med tistimi, ki se zdravijo zaradi primarnega uživanja drugih drog, 13 % uživalcev na izvenbolnišničnem zdravljenju in 11 % na bolnišničnem zdravljenju poroča o opiodih kot o sekundarni drogi. Ocene razširjenosti problematičnega uživanja opioidov na nacionalni ravni v obdobju 2002–2006 navajajo od enega do šest primerov na 1000 prebivalcev, starih med 15 in 64 let; splošna razširjenost problematičnega uživanja drog

znaša po ocenah med enim in desetimi primeri na tisoč prebivalcev. Najnižje razpoložljive dobro dokumentirane ocene problematičnega uživanja opioidov so s Cipra, iz Latvije, Češke in Finske, najvišje pa z Malte, iz Avstrije in Italije.

Opazno je tudi precejšnje naraščanje povpraševanja po zdravljenju zaradi kokaina. Med letoma 2002 in 2006 je delež novih uživalcev, ki iščejo zdravljenje zaradi primarnega uživanja kokaina, narasel s 13 na 25 %, število sporočenih primerov pa je naraslo s približno 13.000 na skoraj 30.000. Povečanje je bilo opaženo tudi pri številu in deležu vseh uživalcev kokaina, ki so se začeli zdraviti: z 22.000 uživalcev na zdravljenju (13 % vseh povpraševanj po zdravljenju) leta 2002 na 50.000 (19 %) leta 2006. O največji rasti sta poročali Italija in Španija. Na splošno ostaja kokain za konopljo druga najpogostejše uživana prepovedana droga v Evropi, čeprav se podatki o uživanju med državami precej razlikujejo. Ocenjuje se, da je kokain vsaj enkrat v življenju zaužilo približno 12 milijonov Evropejcev, v povprečju 3,6 % odraslih v starosti od 15 do 64 let. Nacionalni podatki znašajo od 0,4 do 7,7 %, dvanajst držav, večinoma države članice, ki so v Evropsko unijo vstopile leta 2004, pa poroča o zelo nizkih ravneh uživanja kadarkoli v življenju med vsemi odraslimi (0,4 do 1,2 %). Ocenjuje se, da je v zadnjem letu približno 4 milijone Evropejcev zaužilo kokain (v povprečju 1,2 %), čeprav so razlike med državami zelo velike.

Inštitut za varovanje zdravja v RS je skupaj s Koordinacijo centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki deluje v okviru Ministrstva za zdravje RS, razvil informacijski sistem na področju obravnave uživalcev prepovedanih drog. Ta vključuje mrežo centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju CZOPD). To je temelj za razvoj epidemiološkega kazalca povpraševanja po zdravljenju zaradi težav z drogami. V mrežo je vključenih 17 centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti ter Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pri Psihiatrični kliniki v Ljubljani, kjer sem zaposlena tudi sama.⁷

V Sloveniji naj bi bilo po podatkih Inštituta za varovanje zdravja okrog 10.654 intravenoznih uživalcev drog, v starosti od 15 do 64 let (IVZ, 2008). V letu 2007 je bilo v program zdravljenja CZOPD v Sloveniji vključenih 1566 vseh uporabnikov (prvič vključeni in uporabniki, ki so že dalj časa v programu zdravljenja), od tega jih je 76,7 % moških in 23,4 % žensk. Povprečna starost uporabnikov je 30,8 leta, od tega jih je 51,2 % starih manj kot trideset let (med 25 in 29 let). 40,2 % uporabnikov ima nizko izobrazbo (42,4 % žensk in 32,7 % moških), zanje je značilna tudi visoka brezposelnost (57 % moških in 56 % žensk), redno zaposlitev ima 24,7 % uporabnikov (26,6 % moških in 17,9 % žensk), 9,3 % jih ima status študenta (6 % moških in 20,5 % žensk), 2 % uporabnikov je brezdomcev. V letu 2007 je bilo v programe zdravljenja odvisnosti CZOPD na novo vključenih 356 uporabnikov, od tega 72 % moških in 22,8 % žensk, njihova povprečna starost je bila 26,5 leta (najmlajša oseba je bila stara 16, najstarejša pa 52 let). V povprečju so prvič poskusili drogo pri 20 letih. 93,9 % uporabnikov ima kot primarno težavo s opiodi (91,3 % s heroinom), 5,1 % z marihuano, 0,8 % pa s kokainom kot glavno drogo. Povprečna kariera odvisnosti od prepovedanih drog je v povprečju pri uporabnikih

⁷ Podatki o zdravstvenem varstvu uporabnikov prepovedanih drog se zbirajo na osnovi zakonsko predpisanega obrazca Evidenca obravnave uživalcev drog, ki ima pravno podlago v Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva iz leta 2000. Obrazec je usklajen z zahtevami skupine Pompidou pri Svetu Evrope in nato še z metodologijo EMCDDA pri EU. Za zbiranje, obdelavo in posredovanje osebnih podatkov se uporablja določba Zakona o varstvu osebnih podatkov.

trajala 46,2 meseca oziroma v povprečju štiri leta, preden so se vključili v program zdravljenja. Raziskava je pokazala, da je za večino uporabnikov značilno rizično vedenje, 54,4 % jih je poročalo, da si drogo injicirajo, ena tretjina uporabnikov si je v zadnjih 30 dneh injicirala drogo vsak dan, ena četrtnina jih je poročala o tem, da so si igle in drugo opremo delili z drugimi uporabniki, in več kot polovica uporabnikov je imela nezaščitene spolne odnose. V primerjavi s prejšnjimi leti raziskovalci ugotavljajo, da izmenjava igel in opreme med uporabniki upada, narašča pa število uporabnikov, ki imajo spolne odnose brez zaščite, še zlasti med uporabnicami.

V letu 2007 je Oddelek za nujno medicinsko pomoč in Center za zastrupitve pri Kliničnem centru Ljubljana opazil rast obravnave zaradi prevelikega odmerka heroina ali kokaina. Tako so v letu 2007 zaradi prevelikega odmerka heroina obravnavali 58 primerov, 10 zaradi prevelikega odmerka kokaina in 5 zaradi prevelikega odmerka amfetaminov. Med letoma 2001 do 2007 je bilo obravnavanih 358 primerov zaradi prevelikih odmerkov PAS (zaradi slabega poročanja je to število le 20 % tistih, ki so bili hospitalizirani zaradi prevelikega odmerka). V letu 2006 je Inštitut za varovanje zdravja evidentiral 67 smrtnih primerov, povezanih z drogo. Med umrlimi je bilo štirikrat več moških kot žensk. Število kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog se je v letu 2007 v primerjavi z 2006 zmanjšalo za dobrih 10 % odstotkov. Tako je policija v letu 2007 naštel 1429 kaznivih dejanj, povezanih z neupravičeno proizvodnjo in prometom z mamili, in 183 kaznivih dejanj, povezanih z uživanjem drog (IVZ, 2008).

2.7 Politika do drog na območju EU in v Sloveniji

Droge, zlasti prepovedane, so pomemben element v mednarodni politiki. Obstajajo mednarodni dokumenti, ki se nanašajo na prepovedane droge, vendar je paleta nacionalnih politik do drog široka. Razprave o drogah vključujejo tri perspektive politike na področju drog v sodobnih družbah: prohibistično, javnozdravstveno, klasično liberalno. Prohibistična politika izhaja iz ameriškega modela in se usmerja v prohibicijo in regulacijo trenutnih legalnih (terapevtskih drog). Trdi, da droge povzročajo odvisnost in zločin. Politika mora zato omejiti uporabo droge ter kaznovati uporabnike in preprodajalce. Perspektiva javnega zdravstva se zavzema za legalizacijo in medikalizacijo prepovedanih drog. Na odvisnost gleda kot na bolezen, na sankcije kot na nehumane in predrage za državo. Namesto kazni zaradi uporabe drog zagovarja zdravljenje. Slogan medikalizacije zagovarja zmanjševanje škode. V klasični liberalni perspektivi uporaba drog ni bolezen, ampak vedenje, ki temelji na določenih vrednotah. Uporaba drog je etično, ne zdravstveno vprašanje. Zanj je uporaba drog posledica posameznikove izbire iz okolja. Ta perspektiva zagovarja idejo samonadzora in jo utemeljuje s študijami o uporabnikih drog, ki nadzirajo svojo uporabo in navade, ko so motivirani za to. Mednarodna ali svetovna politika na področju drog zajema vse tri modele, ki so močno odvisni od družbenih, kulturnih kontekstov in različno izvajani v različnih državah. Globalni model vojne, ki so jo sprejele ZDA, so sprejele nekatere države srednje in vzhodne Evrope. V procesih približevanja EU pa se politika do drog spreminja v model javnega zdravstva (Kvaternik Jenko, 2006: 120–123).

Strategija EU na področju drog temelji na osnovnih načelih zakonodaje EU in v vsakem pogledu podpira temeljne vrednote Evropske unije: spoštovanje človeškega dostojanstva, svobodo, demokracijo, enakost, vladavino zakona in človekove pravice. Njen cilj pa je

izboljšati in zaščititi blaginjo družbe in posameznika, zagotavljati visoko raven varnosti splošni populaciji ter uravnotežen in integriran pristop na področju drog. Opredeljuje dva splošna cilja v zvezi z drogami. Prvi je prispevati k visoki ravni zaščite zdravja, blaginji in socialni koheziji z dopolnjevanjem dejavnosti držav članic pri zmanjševanju zdravstvene škode, vključno z informiranjem in preventivo. Drugi cilj pa je zagotoviti visoko raven varnosti splošni populaciji z dejavnostmi proti široko razvejeni pridelavi drog, mednarodnim trgovanjem z drogami in prekursorji ter z intenziviranjem preventivnih dejavnosti proti kriminalu, povezanemu z drogami. Poudarek je na ukrepih za zmanjševanje povpraševanje po drogah in ponudbe drog, še zlasti pa je treba poskrbeti za vzpostavljanje povezav med obema vrstama ukrepov. Evropska unija v Strategiji EU 2005 posebej poudarja potrebo po mednarodnem sodelovanju, zunanja politika na področju drog pa mora biti jasna in učinkovita. Strategija EU na področju drog tako navaja, da bo intenzivirala dejavnosti pri uresničevanju ukrepov za zmanjševanje povpraševanja po drogah. V tem kontekstu bo poskušala doseči konkreten rezultat na področju preventive, zdravljenja in zmanjševanja škode, pri tem pa pripomoči k pomembnemu zmanjševanju povpraševanja po drogah in škode, povezane z drogami (EU Drug Strategy, 2005: 6–20).

Slovenija je politiko do drog začela oblikovati, ko je postala samostojna država. Ob osamosvojitvi je postala pravna naslednica vseh mednarodnih dokumentov⁸, ki jih je ratificirala nekdanja država. Že leta 1992 je sprejela Nacionalni program,⁹ katerega glavni cilji so:

- preprečevanje zlorabe drog in zmanjševanje socialne, varnostne, zdravstvene in ekonomske problematike, povezane z njo,
- oblikovanje skupne politike za celostno in usmerjeno obravnavo tega problema,
- zmanjševanje socialnih dejavnikov, ki pospešujejo zlorabo drog,
- spodbujanje zdravja, zdravega in kakovostnega načina življenja zdravstvene prosvetljenosti, navad in dejavnosti, ki krepijo zdravje pri vseh delih populacije,
- ustrezno predstavljanje problematike v medijih,
- sistematična uporaba za izobraževanje na vseh ključnih točkah,
- zmanjševanje ponudbe (prometa, razpečevanje droge),
- mednarodno sodelovanje,
- koordinacija dela inštitucij, ki izvajajo preprečevanje, zdravljenje in izobraževanje o tej problematiki,
- redna in sistematična raziskava pojava zlorabe drog v RS in vključitev v mednarodne raziskovalne projekte ter v naslednjih letih večje število zakonov in podzakonskih aktov, ki urejajo rabo, proizvodnjo in promet z njimi¹⁰ (Časopis za kritiko znanosti, 1992: 153–157).

⁸ Enotna konvencija o mamilih iz leta 1961, konvencija o psihotropnih snoveh iz leta 1972, protokol o spremembah in dopolnitvah enotne konvencije o mamilih iz leta 1972, konvencije zoper nezakonit promet mamil in psihotropne snovi iz leta 1982.

⁹ Več o Nacionalnem programu Časopis za kritiko znanosti 153–156).

¹⁰ Zakon o preprečevanju prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog, Sklep o ustanovitvi komisije Vlade RS za droge, Sklepa o organizaciji in delovnem področju Urada Vlade RS za droge. Kazenski zakonik RS, Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij, Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami, posredno pa to področje urejajo tudi določila Zakona o varstvu osebnih podatkov, Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Zakon o socialnem varstvu.

V slovenskem prostoru sodobno politiko do drog načrtuje Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009. Ta enakovredno obravnava ukrepe za zmanjševanje povpraševanja po drogah ter ukrepe za zmanjševanje ponudbe drog. To želi doseči s kaznovalno politiko ter sodelovanjem policije, carine in pravosodja pri preprečevanju organiziranega kriminala, povezanega z drogami, ter dejavnosti pri pranju denarja. V okviru obravnave ukrepov za zmanjševanje povpraševanja po drogah navaja, da se bo posebej posvečala preventivi, zmanjševanju škode zaradi uporabe drog ter zdravljenju in socialni obravnavi uporabnikov.

Prihodnost politike na področju drog je vsekakor v multidisciplinarnem pristopu, v sodelovanju strokovnjakov z različnih področij. Kakšna bo v prihodnje politika, je odvisno od tega, kakšne bodo prioritete v mednarodni skupnosti, EU in tudi v Sloveniji, kaj bo opredeljeno kot droga oziroma katere bodo prepovedane (Hočevnar, 2005: 134).

Flaker s sodelavci ugotavlja (2002: 255–259), da je uživanje heroina in drugih prepovedanih drog še vedno »bavbav«, čeprav je tudi res, da je uživanje heroina postalo že del našega vsakdanjika. V odnosu javnosti do uživanja še vedno prevladuje nestrpno odklonilno stališče, ki teži k nerealni, popolni rešitvi problema drog, po eni strani s prepovedmi in drugimi represivnimi ukrepi in po drugi z zdravljenjem, odvajanjem od uživanja. Tako stališče veča tveganje, saj spodbuja družbene odgovore na uživanje heroina, ki so precej neustrezni, saj temeljijo na militantni ideologiji »boja proti drogi«, ki so daleč od resničnega vsakdanjika uživalcev heroina in družbenih procesov, povezanih z uživanjem drog. Hkrati pa postavlja uživalce v položaj, ki je destruktiven zanje same in za tiste, ki z njimi živijo; postavlja jih v položaj grešnega kozla, jih etiketira in stigmatizira.

2.8 Programi pomoči

Na začetku devetdesetih let v Sloveniji ni bilo posebnih služb za ljudi, ki so imeli težave z uživanjem heroina. Detoksikacijske postopke so izvajali v psihiatričnih bolnišnicah in so bili izrazito neustrezni. Po začetkih delovanja Stigme (zmanjševanje škode) ter razdeljevanja metadona v Ljubljani in Kopru ter delovanja Karitasa se je do konca devetdesetih let razvila mreža služb in programov, ki se bolj ali manj ustrezno odzivajo na stiske uživalcev in njihovih svojcev. Poleg splošnih služb v zdravstvenih domovih, centrih za socialno delo ter drugih splošnih ustanovah je v Sloveniji na voljo okoli štirideset različnih programov.¹¹

V Sloveniji se je v zadnjih petnajstih letih ustvarila dokaj obsežna mreža raznih programov in služb, ki se ukvarjajo z uživalci heroina. Te službe delujejo v raznih sektorjih državne uprave. V grobem jih lahko razdelimo na socialno-zdravstvene in represivne (pravosodje in policija), z vprašanjem drog pa se ukvarja tudi šolstvo, in sicer s preventivnimi dejavnostmi in učenci, ki uživajo drogo. V zdravstvenem sektorju obstaja razvejen sistem zdravstvenih domov, bolnišnic ter sistem centrov za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti, ki skupaj s Centrom za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog tvorijo poseben sistem. Čeprav ta sektor dobro pokriva slovensko ozemlje, je opaziti, da je prevelika koncentracija

¹¹ Krek, M., Košir, M.: Imam težave z drogami. *Kam po pomoč, Vodič po programih*, Vlada RS, Urad za droge, Ljubljana, 1999.

uporabnikov v centrih ter prešibka ponudba v bolj oddaljenih krajih (Koroška, Prekmurje, Metlika). V socialnem sektorju, ki ima veliko stikov z uživalci heroína in je razširjen po vsem ozemlju države, financirajo še programe odvajanja in zmanjševanja škode. Socialni sektor ima dva radikalna prijema: eden, ki zavrača uživanje drog, in eden, ki ga sprejema (visoki in nizki prag). Centrov za socialno delo pa ne bi mogli opredeliti niti kot nizkopražne niti kot visokopražne programe. Po svojem občem namenu in univerzalnih socialnih pravicah in usmerjenosti naj bi pomagali vsakomur, ki pomoč potrebuje, poleg tega so javne službe, ki naj bi bile na voljo vsakomur. Službe represivnega sektorja so razširjene po vsej državi; tu prag določa zakon in ga postavlja razmeroma visoko. Glede na zmogljivosti policije, sodstva in zaporov, ki lahko zajamejo le del uživalcev, pa morajo službe pri svojem izvajanju prag znižati in se usmeriti v učinkovito delovanje in preganjanje večjega kriminala. V represivnem sektorju se razvijajo tudi načini dela, ki so kompatibilni s pojmom zmanjševanja škode (Flaker, 2002: 227–234).

2.9 Programi visokega praga

2.9.1 Visokopražni abstinenčni programi

Visokopražni abstinenčni programi so kratkotrajni in dolgotrajni. Kratkotrajni iz vidika vključenosti uporabnika trajajo nekaj mesecev, praviloma okoli leto dni – taki programi so seveda primerni bolj za populacije eksperimentatorjev z drogami. Dolgotrajni vključujejo posameznika večinoma od 2 do 5 let, pri tem je povprečna časovna vključenost uporabnika v intenzivni – praviloma stanovanjski – program v Evropi povprečno leto in pol (Polajner, 2006a: 32). VPA se delijo na nestanovanjske in stanovanjske programe. Nestanovanjski se spet delijo na take, kjer je uporabnik vključen v program zgolj po nekaj ur tedensko, in na take, kjer je vključen čez dan (dnevni centri). Stanovanjski program pa uporabnika vključi tako, da ta preživi daljše obdobje v komuni ali terapevtski skupnosti (ne gre za isti tip programa!) kot v svoji začasni nadomestni družini oziroma začasnem nadomestnem domu.

Visokopražne programe z vidika doktrine delovanja in kadrovske zasedbe delimo na samopomočne (laične), na povsem strokovno vodene in na kombinirane programe. Laični programi so oblikovani večinoma kot komune, temeljijo pa na medsebojni samopomoči med uporabniki; strokovnih delavcev večinoma ne vključujejo ali jih vključujejo le kot sodelavce, brez temeljne vloge pri ključnih odločitvah. »Čisti« strokovni programi so praviloma zajeti v javnih zdravstvenih mrežah, v okviru psihiatričnih bolnišnic, kjer zdravniki (psihiatri, psihologi ...) kot edini pravi nosilci programa »zdravijo« paciente. Kombinirani programi pa največkrat sovpadajo s terapevtskimi skupnostmi, kjer v timih praviloma velja načelo tretjinskih deležev pri odločanju in izvajanju programa: del je strokovnih delavcev (formalno izobraženi terapevti), del je bivših zasvojenцев z uspešno dokončanim programom in del prostovoljnih, laičnih sodelavcev (prav tam: 33).

Psihoterapija je pomemben element pri obravnavi in zdravljenju odvisnosti. Lahko je skupinska ali individualna ter sodi med največkrat uporabljene metode med detoksikacijo in po njej. Metode zdravljenja se med seboj prepletajo, vse pa so uspešnejše, če jih spremlja psihoterapija. Psihoterapevtske tehnike so: vedenjsko-kognitivna, partnerska in družinska terapija, sproščanje in trening veščin. Psihoterapija ima pomembno vlogo pri razumevanju in analiziranju vzrokov odvisnosti, postopnem spreminjanju bolečih občutij in

razpoloženj, sprejemanju realnosti, učenju veščin za premagovanje stresov ... Odvisniki niso homogena skupina, zato so za različne posameznike primerne različne vrste psihoterapije. Najbolj pomembni dejavniki psihoterapije so terapevtsko razumevanje pacientovih stisk oz. empatija, zmožnost vzpostavitve ustreznega medosebnega odnosa ter opora. Sem sodijo programi za zdravljenje žensk, programi za mladostnike, programi za odvisne s soboleznijo, programi za prestopnike (terapija namesto kazni), programi, namenjeni uživalcem neopiatnih drog (Auer, 2001: 126).

Reševanje problemov odvisnosti pomeni tudi reševanje problemov celotne družine. Razdvojen ni samo odvisnik (ali opustiti drogo ali ne), pač pa tudi njegova družina v odnosu do njega (sovražijo ga, ko uvidijo, da droge ne namerava opustiti, in ga imajo radi, ko namerava prekiniti uživanje droge. Zato je treba v reševanje problemov vključiti celotno družino odvisnika. Obravnava družine se osredotoča na prihodnost: izboljšanje odnosov, reintegracija odvisnika v družino. Skupinsko delo s starši je zelo pomembno, saj jim omogoča razumeti dinamiko razvoja odvisnosti ter se jim pomaga znebiti občutkov krivde. Navadno so starši organizirani kot skupina pomoči s profesionalnim vodjo (Auer, 2001: 129–130).

2.9.2 Detoksikacija

Detoksikacija oz. razstrupitev poteka na dva načina:

- nenaden odvzem heroina,
- postopno zmanjševanje doze (najprej zamenjava heroina z metadonom ali drugimi nadomestnimi sredstvi).

Detoksikacija ne poteka nujno pod zdravniškim nadzorom, saj nekateri odvisniki preden poiščejo pomoč pri ustreznih službah, poskušajo sami doseči abstinenco. Vendar pa je uspeh takšne detoksikacije majhen, saj posameznik ponavadi ni vključen v noben psihosocialni program, ki bi mu pomagal lajšati težave in ponudil podporo. Zaradi tega je izražena težnja, da se posameznik po detoksikaciji vključi še v kakšen psihosocialni program. Zanj se večkrat odločijo uživalci heroina, ki nimajo namena prenehati uživati heroin. Razlogi za to so predvsem ekonomski, saj finančno ne zmorejo zadovoljiti vse večje potrebe po drogi. Po detoksikaciji pa lahko uživalec z manjšim odmerkom doseže enake učinke, kot jih je pred njo dosegel z znatno večjim. Posebni detoksikacijski oddelki so ponavadi zelo zasedeni in zaradi tega detoksikacijo dostikrat izvajajo na psihiatričnih ali drugih oddelkih bolnišnic.

2.9.3 Komune in terapevtske skupnosti

Razlikujemo med socioterapevtsko in bolj psihoterapevtsko usmerjenimi skupnostmi. Socioterapevtske skupnosti namenjajo pozornost predvsem vedenju v skupini in v konkretnih življenjskih situacijah. Psihoterapevtske skupnosti se bolj ukvarjajo s posamezniki in vzroki, ki so jih pripeljali v odvisnost (Auer, 2001: 133).

Zdravljenje v terapevtskih skupnostih in komunah je usmerjeno na abstinenco in korenite spremembe osebnosti, mišljenja, vrednostnega sistema, življenjskega sloga. Ljudje s skupnim življenjem in delom v komuni ali terapevtski skupnosti skušajo ustvariti kolektivni smisel za življenje in si med seboj pomagati. Terapevtske skupnosti in komune so bile najprej namenjene odvisnikom od heroina, danes pa so ponekod že ustanovljene

skupnosti za odvisnike od drugih drog (npr. alkohola, marihuane, kokaina ...) V Sloveniji delujejo naslednje komune in terapevtske skupnosti: pod okriljem Zavoda Pelikan Karitas delujejo komune v okviru programa Skupnost Srečanje (Center Sveta Trojica, Center Kobilje, Center Nova Gorica, Center na Čadrgu, Center v Vremah, Center na Razborju – edina komuna, namenjena dekletom). Pod okriljem Društva Projekt Človek deluje terapevtska skupnost Sopotnica pri Škofji Loki. Prav tako pa v povezavi z delujočimi komunami ali terapevtskimi skupnostmi delujejo informativni in pripravljalni programi, ki imajo prav tako zelo pomembno vlogo pri vključevanju mladostnikov v komune in terapevtske skupnosti. Takšnih programov je v Sloveniji več, in sicer v Ljubljani, Kopru, Sežani, Kranju, Mariboru, Celju, Ptuju in Ilirski Bistrici (glej Ferlan Istinič, 2005: 30).

V okviru visokopražnih programov, ki so usmerjeni v abstinenco, deluje tudi Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki ga bom v nadaljevanju magistrske naloge podrobno predstavila kot primer dobre prakse v Sloveniji.

2.10 Programi nizkega praga

Socialno delo, ki sprejema uživanje drog, je prispevalo k razvoju nizkopražnih programov. Nizkopražni programi vključujejo paradigmo zmanjševanja škode (»harm reduction«): delovanje na načelu zmanjševanja škodljivih posledic uživanja drog ter dekriminalizacije uživalcev. Abstinenca, vzdržnost od prepovedanih drog, ni edini cilj pomoči uživalcem, saj bi s tem izključili velik del uživalcev, ki nočejo ali ne morejo prenehati uživati droge. Programi nizkega praga dosežejo tudi najbolj težko dostopno ali »skrito« populacijo odvisnikov od nedovoljenih drog oz. tiste osebe, ki niso v stiku z nobeno zdravstveno ali socialno službo.

Programi nizkega praga so se začeli razvijati sredi 80. let 20. stoletja kot odziv na epidemijo HIV in hepatitisa. Vključujejo konkretne oblike pomoči v zdravstveni, materialni in socialni stiski. Uživalcem zagotavljajo sterilne igle in brizge, kondome, gradiva o varnem injiciranju in varni spolnosti ter tako zmanjšujejo nevarnost okužbe z virusi HIV in hepatitisa. V programe nizkega praga sodijo metadonski vzdrževalni program, terensko delo z uživalci drog, programi izmenjave igel, dnevni centri, svetovanje, nočna zavetišča, varne sobe za injiciranje, pomoč pri iskanju zaposlitve, samoorganiziranje uživalcev, skupine za samopomoč ipd.

Od leta 2005 v Sloveniji obstaja Zveza nevladnih organizacij na področju zmanjševanja škodljivih posledic zaradi uporabe drog. Zveza spodbuja in razvija ukrepe pomoči uporabnikom drog, ki temeljijo na socialni pravičnosti, solidarnosti, načelih enake dostopnosti in proste izbire oblik pomoči, ter uporabnikom zagotavlja dostojanstvo, enake možnosti in preprečuje socialno izključenost (Flaker in drugi, 2006: 77). Kljub njej pa imamo v Sloveniji še vedno premalo služb zmanjševanja škode. Stopnja uživalcev je razmeroma visoka, 4,5 intravenoznega uživalca na 1000 prebivalcev, kar nas uvršča na sam vrh v Evropi (Flaker in drugi, 2002: 232).

2.10.1 Socialno delo, ki sprejema uživanje drog

Herwig-Lempp in Stover (1992: 23–24) izhajata iz spoznanja, da je urejanje uživanja drog s kazenskim pravom ali s hotenim zdravljenjem neproduktivno. Zaradi dvojne stigmatizacije (odvisnik kot kriminallec in tisti, ki je bolj izpostavljen aidsu) sta izoblikovala model/koncept, ki je nasproten tradicionalnemu delu z uživalci. Njune predpostavke glede videnja socialnega dela, ki sprejema uživanje drog, so:

- Uživalci drog imajo tudi ob nadaljevanju uživanja drog pravico do človeka vrednih življenjskih pogojev, ki si jim jih ni treba pridobiti z abstinenco in prilagojenim vedenjem.
- Uživalci drog lahko ravnajo odgovorno, svoboda volje je neodtujljiva podlaga terapevtskih odnosov in drugih oblik pomoči.
- Tudi navidez nerazumno vedenje uživalca drog je mogoče sprejeti kot osebno odločitev in kot življenjski slog, celo tedaj, ko ga sami nikoli ne bi prevzeli.
- Kot poklicnim delavcem z uživalci drog nam ni treba vedeti, kaj je za uživalca prav, smiselno in »dobro«, saj o tem odloča sam.

Te domneve omogočajo avtonomijo posameznika in njegovo odgovornost za lastno ravnanje. V nasprotju s tradicionalnim ta pristop nikogar ne sili k zdravljenju ali posvetovanju, saj vsi uživalci nedovoljenih drog zaradi svojega življenjskega sloga ne trpijo in ne potrebujejo pomoči. Herwig-Lempp in Stover ugotavljata (1992 :75–76), da koncept, ki opredeljuje odvisnost kot bolezen (zasvojenost, ki vodi v zanesljiv fizični in psihični propad), vsebuje enodimenzionalnost ter inflatorno rabo pojma bolezen. Sprejemanje tega koncepta zamegljuje raznovrstnost življenjskih razmer in osebnosti ljudi, ki uživajo droge. Nujni koraki in oblike dela, ki sprejemajo uživanje mamil:

- Zdravstveno varstvo (razdeljevanje injekcij in kondomov, organizacija prostorov za vbizgavanje, ambulantna oskrba vnetij in poškodb, živilska ponudba ...).
- Pravno varstvo (vzpostavitev oz. ohranjanje zveze z odvetniki, ki se ukvarjajo s pravnimi primeri, v katerih nastopajo omamna sredstva, z namenom, da bi bili uživalci tako seznanjeni z razvojem prava na tem področju in da bi z njim lahko seznanjali še druge; prizadevanje za izoblikovanje posvetovalnih teles za zapornike, ki prestajajo kazen zaradi uživanja drog, da bi preprečili specifične diskriminacije te skupine zapornikov; služba socialne pomoči in morebitni stiki z organizacijami za brezposelne delavce z namenom zagotavljanja posvetovalnih terminov; delovanje v prid izogibanju zaporni kazni, dekriminalizacija ...).
- Reševanje stanovanjskega vprašanja (pomoč pri pridobivanju stanovanjske namestitve: prehodni domovi, ustanove za nego obolelih za aidsom, drop-ini, prenočitvene možnosti ...).
- Prostočasna in izobraževalna ponudba (izleti, skupine za samopomoč, možnosti izobraževanja in izpopolnjevanja, seznanjanje javnosti s problemi odvisnikov ...).
- Zaposlitvene možnosti (pridobitev ustreznih delovnih mest, ukrepi za pridobivanje dela ...).
- Svetovanje in kontaktne možnosti (situacijsko, s krizo pogojeno naglo svetovanje, informacije o varnejši uporabi drog in varnejši spolnosti, povezanost z drugimi oblikami socialnega dela ...). (Herwig-Lempp in Stover, 1992: 81–84):

Socialno delo, ki sprejema uživanje droge, se odpoveduje abstinenci kot nujnemu cilju in izvaja pomoč za samopomoč pri vsakdanjih eksistenčnih opravilih ter spodbuja proces

socialne integracije. Peter Stefanovski (1996: 298–299) meni, da je pragmatično ravnanje socialnega dela, ki sprejema uživanje drog, tisto, ki uživalcem omogoča zadovoljevanje eksistenčnih potreb, hkrati pa neprikrito zavrača uživanje drog. S tem se uživanju drog odvzame dramatična razsežnost. Socialno delo mora zagotoviti prostor za komunikacijo, za izrekanje stiske in možnosti njenega reševanja, mora se izogibati neposrednemu pozivanju k abstinenci, saj to pri uživalcih droge povzroča izgubo kontrole. Socialno delo, ki sprejema uživanje droge, je usmerjeno predvsem k iskanju potencialov za rešitev odnosne stiske (sprememba odnosnega sistema: delo »tukaj in zdaj«, abstinenca kot ena od možnosti rešitve problema). Končni cilj pa je opredeljen kot socialna vključenost.

Socialno delo, ki sprejema uživanje drog, to dojema kot način življenja posameznika, za katerega se je odločil sam. Takšen pogled je torej prispeval k razvoju nizkopražnih programov, ki se osredotočajo predvsem na demarginalizacijo uživalcev ter pomoč za njihovo preživetje brez abstinence. Pri tem gre za večjo dostopnost služb uživalcem drog in odpravljanje nujnosti abstinence. Ravnati se po tistem, kar pomaga, in ne po tistem, kar naj bi bilo pravilno.

2.10.2 Program zdravljenja z metadonom

Metadonski vzdrževalni program je eden od programov za zmanjševanje škode pri uživalcih prepovedanih drog. Ker omogoča velikemu številu uživalcev opiatnih drog stike z zdravstveno službo, pomeni tudi vstopna vrata za iskalce pomoči ter obravnavo uživalcev v drugih programih, od nizkopražnih do usmerjenih v abstinenco. Vzdrževalni metadonski program je uspešen, kadar vključuje celostno obravnavo in ima združeno medicinsko, svetovalno, socialno in psihološko obravnavo, upošteva pacientove individualne potrebe ter upošteva ustrezno višino odmerka. Abstinenca ni pogoj za vključitev vanj. Osebe, vzdrževane na metadonu, lahko postanejo od njega fizično ter psihično odvisne. Prednost metadonskega vzdrževanja pa so vedenjske, medicinske, psihične in ekonomske posledice, ki pa so zelo različne in manj nevarne od posledic intravenoznega uživanja.

V Sloveniji so se v zadnjih letih razširile možnosti za zdravljenje odvisnosti. V letu 2005 sta se na slovenskem trgu zdravil za zdravljenje zasvojenosti s heroinom pojavili dve novi zdravili buprenorfin in dolgo sproščujoči morfin. Možnosti za farmakološko zdravljenje so se v Sloveniji bistveno izboljšale. Zdravila za zdravljenje odvisnosti od opioidov delimo na agoniste (metadon, buprenorfin-delni agonist, počasi sproščajoči se morfin) in antagonist (naltrekson, nalokson). Glavni cilji metadonskih vzdrževalnih programov so:

- takojšnje zmanjšanje rabe drog,
- izboljšanje zdravstvenega stanja ter manjše tveganje okužb, predvsem s HIV in hepatitisom,
- osebna rast vzdrževancev,
- socialno produktivnejše življenje, npr. nadaljevanje šolanja in zaposlitev,
- zmanjšanje smrtnosti zaradi prekomernih odmerkov,
- zmanjšanje kriminalnega vedenja in drugih negativnih družbenih posledic, npr. seksualnega dela (prostitucije),
- trajna treznost kot končni cilj.

(Auer, 2001: 112)

Vladimir Kušević meni, da vzdrževanje na metadonu ni rešitev za vse primere, pač pa je samo najboljša rešitev v pomanjkanju najboljše rešitve. Zato je pomembno, da se zavedamo, da ni najboljše metode zdravljenja, da ni najboljšega programa, je samo najboljša metoda, program za posamezen primer. To je tudi bistvo multimodalnega koncepta, ki hkrati pomeni tudi to, da je pomembno, da odvisniku ponudimo več od ene same metode, oblike zdravljenja, rehabilitacije in socialne reintegracije, ki so povezane v edinstveni koordiniran sistem (Kušević, 1987: 287–306).

2.10.3 Terensko delo z uživalci drog – koncept zmanjševanja škode

Koncept zmanjševanja škode je strategija, katere cilj je ublažiti in zmanjšati tveganja, povezana s problematično uporabo drog. Gre za pragmatično usmerjeno strategijo, ki se je razvila kot alternativa represivnemu modelu obravnave uporabnikov drog (Dekleva, Nolimal, 1997: 23).

Pristop zmanjševanja škode prekinja tako imenovano racionalistično paradigmo in daje prednost vzpostavljanju oziroma krepitvi stikov s socialnimi in zdravstvenimi službami in drugimi programi pomoči. V službah uvaja pojem nizkega praga, kot kriterij intervencij uvaja pragmatiko, tisto, kar res pomaga, kar deluje – uvaja pomen sodelovanja uporabnikov drog in uporabnikov služb (Flaker, 2002: 213).

Terensko delo je predvsem namenjeno tistim, ki jih obstoječe službe težko dosežejo ali sploh ne morejo doseči. Nolimal (1999: 293) pojasni, da je cilj terenskega dela uvajanje zdravega ali bolj varnega načina vedenja, in sicer na tri načine: s povečanjem zavedanja o tveganju za zdravje; s spodbujanjem k spremembam, ki pomenijo odmik od tveganega vedenja, ter z ohranjanjem pozitivnih sprememb vedenja. Nolimal (1999: 294–295) navede glavne vrste terenskega dela:

- detaširano oz. poulično (izvaja se npr. na ulicah, v lokalih, klubih, varnih sobah, na železniških postajah ...);
- domiciliarno oz. na domu (izvaja se na domovih ciljnega prebivalstva, z rednimi obiski pri že znanih uživalcih, lahko pa tudi z obiski na domovih razpečevalcev);
- peripatetično (izvaja se v službah, katerih delo je usmerjeno k skupnosti, ali v organizacijah, kot so zapor, mladinski domovi, servisi za izmenjavo igel, šole ...)
- terensko delo, usmerjeno k vrstnikom (peer education), je posebna oblika terenskega dela, ki ga izvajajo posamezniki v svojih lastnih vrstniških skupinah in socialnih mrežah.

2.10.4 Socialna reintegracija

Uživalci drog, ki se zdravijo, so pogosto nezaposleni in brezdomci. Takšna prikrajšanost je običajno bolj razširjena med posebnimi skupinami uživalcev, zlasti ženskami, uživalci heroína in cracka, pripadniki etničnih manjšin in osebami, ki imajo hkrati psihiatrične težave. Socialna reintegracija je priznana kot bistvena komponenta celovitih strategij boja proti drogam, izvajati pa jo je mogoče v vsaki fazi uživanja drog in v različnih okoljih. Cilje intervencij socialne reintegracije je mogoče doseči z razvojem sposobnosti, izboljšanjem socialnih zmožnosti, ukrepi za pospeševanje in spodbujanje zaposlenosti ter za pridobitev ali izboljšanje nastanitve. V praksi so med storitvami reintegracije lahko poklicno svetovanje, delovna praksa in pomoč pri nastanitvi, intervencije v zaporu pa lahko

zapornike v okviru priprav na izpustitev povežejo z nastanitvijo v skupnosti in storitvami socialne pomoči (EMCDEA, 2008).

Reintegracija v družbo pomeni vključevanje uporabnikov na vseh ravneh in področjih, zlasti pa razvijanje socialnih veščin ter spodbujanje zaposlovanja in izobraževanja. Pomeni tudi čim večjo stopnjo socialne participacije nekdanjih uživalcev. Socialna reintegracija pomeni tudi zmanjševanje vzrokov, ki so privedli do uživanja drog, zlasti socialne izključenosti. Reintegracijski programi naj bi bili namenjeni tistim uporabnikom, ki prihajajo iz rezidenčnih oblik obravnave, osebam po prestani kazni v zaporu in osebam, ki prihajajo iz prevzgojnih domov. Na območju Slovenije je delujočih 56 programov, namenjenih reintegraciji, ki jih financirana Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.

Čeprav mreže služb dosežejo in zajamejo razmeroma veliko število uživalcev, pa jih večina ostane zunaj njenega dosega. Razlogi za to so različni: eden od njih je, da večina uživalcev ne potrebuje tega, kar službe ponujajo (rekreativni uživalci droge), ali pa tisti uživalci, ki bi pomoč potrebovali, te ne iščejo zaradi stigmatizacije, povezane z obiskovanjem takih služb, oziroma strokovnim službam preprosto ne zaupajo. O uspešnosti programov lahko sodimo po tem, ali dosegaajo zastavljene cilje in ali zadovoljujejo pričakovanja uporabnikov. Deklarirani cilji so si na splošno v vseh službah podobni: vključevanje uživalcev v družbo, preprečevanje kriminala, zmanjševanje uživanja, zasvojenosti in še zlasti destruktivnih posledic zasvojenosti. Flaker pravi, da o učinkovitosti programov lahko govorimo na različnih ravneh. Poleg stroškovne učinkovitosti je eden od kazalnikov učinkovitosti razmerje med uspešnostjo in številom ljudi, ki jih službe dosežejo. Tako razmerje nam namreč pove, kolikšen je uspeh služb glede na celotno populacijo uživalcev. Naslednji učinek je normalizacija uživalcev in uživanja. To lahko razumemo kot prizadevanje in učinke, ki naj bi pripeljali k bolj normalnemu vedenju uživalcev, spreminjanju njihovega življenjskega sloga, navad, osebnosti v družbeno bolj sprejemljiva dejanja in v končni fazi v streznitev ali abstinenco, ali pa kot normalizacijo stališč in družbenih odzivov na droge, zmanjšanje nestrpnosti, boljše poznavanje in sprejemanje drog in uživalcev, bolj pragmatično in realistično reševanje problemov, povezanih z uživanjem drog, se pravi kot spreminjanje pogojev in posledic uživanja drog (Flaker, 2002: 236).

2 ŽENSKE IN ODVISNOST

3.1 Razlika med spoloma pri uporabi drog

Za ženske in moške so značilni različni vzorci ravnanja, ki se običajno pripisujejo različni naravi. Če obstajata ženska in moška narava, obstaja torej tudi odvisnost moških in odvisnost žensk. Izražanje človekovih stisk in mišljenja je kulturno določeno. V zahodnih kulturah se izražajo kot odvisnost od legalnih in ilegalnih drog ter odvisnost od ljudi. Odvisnosti niso določene le prek kulture, ampak tudi prek spolov. Za ženske in moške so značilni različni vzorci ravnanja, ki se navadno pripisujejo različnim naravam. Odvisnost žensk 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: 51).

Če ženska začne odkrito piti ali uživati ilegalne droge, je njena stigma dvojna: stigmatizirana je, ker je odvisna, in hkrati zato, ker je ženska, ki uživa droge. Droge, ki moške stigmatizirajo kot odvisnike in v simbolnem smislu kot okužene, stigmatizirajo ženske tudi kot tiste, ki prav zaradi svoje vloge lahko 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. Žensko odvisnost je treba razumeti skupaj s socialno vlogo, ki se pripisuje ženski. 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: 52).

Podatki v Evropi kažejo, da je med uživalci, ki imajo resnejše težave zaradi rabe drog, četrtna žensk. Povprečno eden izmed štirih uživalcev, ki vstopajo v proces zdravljenja, je ženska. Vsaka peta smrtna žrtev zaradi prevelika odmerka droge je ženska (EMCDDA, 2005, 2006, 2008a).

Izsledki raziskav na področju problematike uživanja prepovedanih drog kažejo, da moški pogosteje uživajo prepovedane droge kot ženske. V povprečju naj bi bilo razmerje med moškimi in ženskami 3 : 1. Lovrenčič in sodelavci v eni od raziskav ugotavljajo, da se uživanje prepovedanih drog drugače (po načinu življenja, izraženih pridruženih duševnih motnjah) zrcali na zdravju žensk kot moških. Danes še ni popolnoma jasno, zakaj moški v primerjavi z ženskami pogosteje posegajo po prepovedanih drogah; nekateri strokovnjaki to utemeljujejo z večjim ponotranjenjem čustev in stresov pri moških na eni strani ter večjo bojznijo pred ožigosanostjo in kriminalnimi dejanji pri ženskah na drugi strani. Večina žensk, ki uživajo heroin ali kanabis, pogosto prvič uporabi drogo na pobudo moškega, v večini primerov je to partner. Strokovnjaki ugotavljajo, da ženske redkeje poiščejo pomoč in imajo ob vstopu v zdravljenje več težav (pridružene duševne motnje, druge zdravstvene težave, nižje samospoštovanje, slabo samopodobo) v primerjavi z moškimi. Možnosti vstopa v zdravljenje so za ženske slabše zaradi višje stopnje bolezni, nižjega

samospoštovanja, pričakovanj nad družbeno vlogo, pogostih izkušenj s spolno zlorabo in nižjim ekonomskim statusom (Lovrenčič, 2004).

Na podlagi primerjav med moškimi in ženskami uporabniki, vključenimi v centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v letih 2002–2007, je bilo ugotovljeno, da so ženske bolj tvegane uporabnice prepovedanih drog, čeprav je prevalenca uporabe drog pri moških še vedno višja. Ženske so še vedno izpostavljene dodatnemu tveganju zaradi specifičnih posledic, kot so manjša plodnost, amenoreja, nenačrtovana (nezaželena) nosečnost, poškodba ploda med nosečnostjo. Zaradi odvisnosti se velikokrat ukvarjajo tudi s prostitucijo, kar je dodatni rizični dejavnik predvsem pri izpostavljanju spolno prenosljivim boleznim. Zdravstveno pomoč tako kot moški večinoma iščejo zaradi heroina kot primarne droge, opazno pa je naraščanje povpraševanja po zdravljenju zaradi problematične uporabe kanabisa pri ženskah. (ibid.)

Glede na povprečno starost ob prvi obravnavi zaradi težav z drogami so ženske v primerjavi z moškimi mlajše (21 let), kar pomeni, da zdravstveno pomoč poiščejo prej, pri njih opazamo tudi nižjo povprečno starost ob prvi uporabi primarne droge (18 let). Tudi pri trajanju redne uporabe droge so povprečne starosti po podatkih prvih zdravljenj pri ženskah nižje. Ob prvem vbrizgavanju droge so v povprečju stare 19 let, moški si drogo vbrizgavajo leto kasneje, v povprečju pri 20 letih. Ženske pogosteje živijo s partnerjem oziroma s prijatelji in veliko več jih živi tudi z uporabnikom drog. Vsak dan si v povprečju vbrizgava drogo več moških kot žensk, medtem ko si enkrat tedensko ali 2–6 dni na teden drogo vbrizgavajo pogosteje ženske kot moški (*ibid*). Večina žensk je prišla v obravnavo sama ali pa so bili vir njene napotitve družina ali prijatelji. Če podatke primerjamo z moško populacijo, ugotovimo, da je glavna droga, zaradi katere moški iščejo pomoč v centrih, tako kot pri ženskah heroin. V nekoliko manjši meri moški iščejo pomoč zaradi kanabisa, prisotne pa so druge prepovedane droge, ki pri ženskah niso tako pogoste (npr. LSD). (Lovrenčič in drugi, 2007)

Strokovnjaki ugotavljajo, da ženske redkeje iščejo pomoč zaradi odvisnosti od drog in imajo ob vstopu v zdravljenje več zdravstvenih in psihičnih težav (Watherington, 1998). V manjši raziskavi¹² sta B. Lovrečič in M. Lovrečič (2007) ugotavljali razlike med uživalci drog po spolu. Vzorec je sestavljalo 611 odvisnih od heroina, ki so bili naključno izbrani. Med njimi je bilo 481 moških in 130 žensk, ki so iskali zdravniško pomoč zaradi težav s heroinom v dveh ambulantah centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog na Primorskem. Ženske so imele statistično značilno več psihičnih simptomov, kot so tesnoba, motnje razpoloženja ($p = 0,004$) in avtoagresivnosti v primerjavi z moškimi. Ti so bili statistično značilno pogosteje obravnavani zaradi težav z zakonom, zaradi preiskovalnega postopka v teku ($p < 0,001$) in so bili bolj pogosto že obsojeni. Ženske so statistično značilno manj pogosto zlorabljale ilegalni metadon (ki ga ni predpisal zdravnik) depresorje, anksiolitike, hipnotike, amfetamine in klasične halucinogene – LSD. Statistično značilno so v primerjavi z moškimi pogosteje zlorabljale nove halucinogene droge, ekstazi (MDMA), manj pogosto pa heroin. Ženske imajo redkeje

¹² Raziskava je bila presečnega tipa, podatki pa so bili zbrani s strukturiranim instrumentom AbSo, ki sta ga uporabili pri intervjuju. Podatki so bili obdelani in analizirani z uporabo programa Stata (Lovrečič, B., 2001; Lovrečič, B. et al., 2004). Glede na socialne stike, šolanje, zaposlitev in telesne težave med spoloma ni bilo statistično značilnih razlik.

težave z zakonom, redkeje zlorablajo PAS, prav tako v primerjavi z moškimi redkeje zlorablajo heroin.

Na splošno imajo ženske, odvisne od kemičnih substanc, nižja pričakovanja od življenja kot odvisni moški in si bolj prizadevajo, da same preživijo in čim bolj zmanjšajo lastno neugodje, imajo nižjo izobrazbo, manj delovnih izkušenj in manj finančnih virov v primerjavi z odvisnimi moškimi. Večina odvisnih žensk je nezaposlenih ali pa so zaposlene za krajše časovno obdobje. Prav tako so večkrat odvisne od družinskega člana (staršev) ali pa od denarne socialne pomoči (Nelson-Zlupko, 1995).

Ettore (2007: 22) pravi, da so razlogi za odvisnost žensk, ki uživajo različne substance, pogosto drugačni kot pri moških in da je odvisnost prvih pogosteje poimenovana kot socialni problem. To se nanaša predvsem na destabilizacijo družinskih razmer (problem v družini, spolna zloraba, travma). Njihova odvisnost je odgovor na psihološki stres, ki je povezan z odnosi, občutki napetosti in stresom v vsakdanjem življenju.

3.2 Vpliv socializacije na razvoj odvisnosti

Otroci se v marsičem identificirajo s svojimi starši in prenašajo vzorce delovanja izvirne družine v svoje življenje. Nekatera negativna ravnanja se pozneje v življenju dogajajo na nezavedni ravni, saj si otrok ponavadi ustvari okolje, ki funkcionira enako, kot je funkcionirala njegova izvirna družina. Po Zavirškovi (1994: 45) deklice prek identifikacije z materjo razvijejo močan intuitivni občutek za potrebe drugih ljudi. Že hitro se naučijo, da je pogoj za to, da so ljubljene, skrb za druge in čustvena razpoložljivost. Emocionalno razdajanje žensk lahko pogosto pripelje v položaj odvisnosti in podrejenosti. Matere pogosteje posredujejo hčeram večplastna in protislovna sporočila kot sinovom, zato hčerke še težje odidejo in imajo pozneje težave z razpoznavanjem jasne meje med njimi samimi in drugimi, kar pomeni vir negotovosti o tem, kaj je njihova identiteta, in začetek boja za njeno izgraditev ter vzpostavitev trajnih in razvidnih meja v odnosih z drugimi ljudmi (Miller, Čacinovič Vogrinčič v Zaviršek, 1994: 22).

Pri ženskah so prav zaradi socializacije vzgoje motnje v odnosih pogoste, saj se po Zavirškovi (1994) ženska prepozna le prek tesnih odnosov z drugimi ljudmi, svoje lastne potrebe postavlja za potrebe drugih, zaradi nizke samozavesti krivdo za stvari, ki gredo narobe, išče v lastni notranjosti, ima prepoved izražanja jeze, kar povzroči dvom vase ter občutek nesposobnosti.

Darja Zaviršek (1994: 50) pravi, da ženski socializacijski vzorec prinaša 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,
- prepoved izražanja jeze pomeni, da se ženske v konkretnih situacijah ne naučijo odkrito izražati svoje jeze, namesto tega se v osebi pojavlja elementarni dvom vase ter občutek nesposobnosti, povezan s strahom pred odkrito izraženimi konflikti.

Tudi Flaker (2005: 255) se strinja s tem, da socializacija pomembno vpliva na razvoj odvisnosti pri ženskah. Čeprav sta med začetniki oba spola enako zastopana, moški pogosteje dosežejo stopnjo džankizacije. To razliko si razlagamo lahko z različno zmožnostjo igre, vtkane v socialno tkivo (npr. mati, gospodinja, skrbnica). Moški pa se prav nasprotno bolj socializirajo v vloge, ki so postale bolj krhke, denimo v vlogo preskrbovalca družine. Njihova socializacija je usmerjena v poklic, in to je pogosto edina vloga, ki naj bi jo v življenju res igrali. Če moški izgubi službo, mu preostane le malo drugega, hkrati pa lahko stigmatizacija usodno vpliva še na izgubo vloge očeta. Moška vloga je vloga proizvajalca. Ta vloga je v postindustrijski družbi v krizi, kar otežuje procese moške identifikacije. Vloge v storitvenih dejavnostih veliko bolj ustrezajo ženskemu socialnemu značaju, četudi je to zgodovinski konstrukt. V delitvi dela med spoloma so moški usmerjeni v poklic, ženske pa so bolj povezane z družbenim vzdrževanjem stikov in mrež. Tako jih raznovrstne vloge, ki jih igrajo, nekako imunizirajo proti izgubi vlog, ki bi jih pripeljala v džankinizacijo. Poleg tega je hedonizem del moške kulture, v kateri je užitek predvsem blago, ki si ga lahko privoščijo (prostitucija), in kjer imata akcija in start pomembno mesto. Vse to zajema vlogo džankija. Tudi med preprodajalci ni veliko žensk. Ženske so bolj tiste, ki pomagajo moškemu, ki je partner, mož (če živita skupaj, mu pomaga pri preprodaji, prodaja droge v otroškem vozičku) (Flaker, 2005: 258).

Soltan (1988: 16) poudarja, da vsakdanja realnost žensk v sebi že vsebuje odvisnost, saj posameznice zaradi socializacije ne prepoznajo priložnosti, ki jih imajo za življenjske spremembe ali pa jih zares nimajo. Zaradi omenjenih socializacijskih vzorcev se pogosteje ravna po predpisanih načinih vedenja, redkeje se odkrito konfrontirajo s tistimi stvarmi, s katerimi niso zadovoljne, pogosteje poskušajo zdržati, biti potrpežljive, nekonfliktne. Odvisnost žensk od različnih substanc je v prvi vrsti posledica ženske naravnosti do določenih situacij, občutkov, načinov vedenja, odnosov in želja. Uživanje drog pa je le zunanji izraz specifičnega odnosa do sebe in do zunanjega sveta.

3.3 Specifičnost žensk pri pojavu odvisnosti

Odvisnost ženske ima opraviti z dojemanjem same sebe, s svojo samopodobo, z občutki samozavesti in lastne vrednosti. Vse to je definirano praviloma kot negativno prek občutka lastne pomanjkljivosti. Odvisnost je vedno del realnega sveta, v katerem posameznica živi. Povezana je z družbeno podobo o tem, kaj je ženska, s pričakovanji, ki jih drugi ljudje naslavlajo nanjo, in s tem, kakšen je njen lasten odnos do sebe in do sveta. Odvisnost je povezana s čustvi posameznice, s konkretnimi dogodki v njenem življenju, z njeno preteklostjo in vzorci življenja, ki jih je pridobila med odraščanjem. Za mnoge ženske je odvisnost povezana z njihovo podrejeno vlogo v družini, na delovnem mestu in v celotni družbi, za druge pa s travmatičnimi izkušnjami v otroštvu in mladosti. Odvisnost je odgovor na situacije, ki se zdijo nerešljive, ali pa odgovor na žalost, jezo in druge občutke, ki jih posameznica ima in jih z odvisnostjo potisne. Odvisnost ima opraviti z dojemanjem same sebe, s samopodobo, z občutki samozavesti in lastne vrednosti. Vse to je definirano prek občutka manka in lastne pomanjkljivosti. (Zaviršek, 1996: 123–124).

Zoran Kanduč (2006: 17–28) razlaga, da na razvoj odvisnosti pri ženskah vplivajo psihološki oz. notranji in zunanji dejavniki:

- odnos s fantom oziroma partnerjem. Partner ima ključno vlogo pri začetkih jemanja droge kot tudi (ali še bolj) pri prehodu z mehke na trdo drogo. Pri svojem delu opažam, da ženske zelo malokrat začnejo uživati drogo v družbi, kar je pri moških uživalcih eden pomembnejših zunanjih dejavnikov. Ženska ponavadi začne eksperimentirati z drogo, ko spozna fanta ali simpatijo, ki jo kasneje povleče tudi v svojo odvisniško družbo;
- depresija. Je motnja, ki prizadene več žensk kot moških. Depresija je duševna motnja, katere simptomi so potrlost, nespečnost, pomanjkanje apetita, slaba koncentracija, nizko samospoštovanje ...;
- kvaliteta odnosov s »pomembnimi drugimi« (starši, partnerji);
- emocionalne težave (osebnostna struktura, frustracijska toleranca, labilnost, nizka samopodoba);
- spolna zloraba, fizično in psihično nasilje v otroštvu.

Raziskave ugotavljajo, da ženske, odvisne od prepovedanih drog, označujeta precejšnje pomanjkanje samozavesti in slaba samopodoba. V otroštvu oziroma v obdobju odrasčanja so izkusile številne zlorabe (fizične, spolne). Počutijo se kot poraženke, in sicer ne le zaradi droge, temveč na splošno življenja. Študije kažejo, da so ženske nagnjene k temu, da probleme, ki jih tarejo, prepisujejo lastni nesposobnosti ter imajo zelo stereotipsko predstavo o sebi kot ženski in materi (Kanduč, 2006: 29).

V eni od raziskav, ki je bila narejena med ženskami, vključenimi v zdravljenje odvisnosti, je kar 77 % žensk doživelo družinsko nasilje, polovica pa je bila v otroštvu psihično in fizično zlorabljen. Avtor tudi trdi, da naj bi droga pomagala ženskam pri premagovanju emocionalne bolečine in bila sredstvo za samozdravljenje. Če v procesu zdravljenja odvisnosti travma ni posebej obravnavana, potem je večja možnost, da ženska recidivira, še zlasti če ima posttravmatsko stresno motnjo (Cohen, Miele, Capstick, 2004).

Pogosto pa so ženske deležne nasilja partnerjev, od katerih je velik odstotek tudi samih odvisnih od prepovedanih drog. V eni od raziskav so ugotovili, da je kar 60 % žensk poročalo o zgodovini partnerskega nasilja. Poročajo tudi, da je visok odstotek žensk, ki ji v svet odvisnosti vpelje partner, pogosto jim tudi omogoča dostop do droge (Zuckerman, 1999).

Ženska podoba je še vedno vezana na mnenje okolice in zlasti partnerja. Močnejša ko je vez med njima, večja je verjetnost, da najde opravičilo za kakršnokoli njegovo početje, četudi gre za deviantne oblike ravnanja. Samantha Wright (2003: 22–26) pa govori o tem, da je stereotip, da ženske začnejo uživati drogo zaradi partnerja. Mnoge namreč poročajo o tem, da uživajo drogo, čeprav partner temu nasprotuje. Tako moški kot ženske naj bi začeli uživati drogo, ker hočejo prekiniti dolgočasje, iščejo razvedrilo in se umikajo od osebnih problemov. Uživanje drog lahko vnaša pomembno strukturo v njihovo življenje, preprodaja droge pa denar, identiteto in status.

Verjetneje je, da ženske, odvisne od drog, prihajajo iz družin, kjer je bila pri enem od družinskih članov prisotna odvisnost in se je uporabljala kot sredstvo za spopadanje s problemi. Avtorji (Reed, Nelson-Zlupko, 1999) ugotavljajo, da so ženske pogostejše kot moški v zvezi s partnerjem, ki je tudi odvisen od drog. Ženske, odvisne od drog, so imele v svoji primarni družini pogosto preveč odgovornosti in študije nakazujejo, da so v svojih družinah doživele več motenj kot moški. Tako so imele odgovornost za mlajše otroke ali

druge družinske člane in pogostejše kot od drog odvisni moški ob sebi niso imele nekoga, ki bi jih ob zdravljenju podpiral (Bepko, 2000).

Posledice uživanja drog pri ženskah se kažejo tako na njihovem zdravstvenem stanju, poleg tega pa se precej pogostejše kot moški začnejo ukvarjati s prostitucijo, krajami po trgovinah. Kemična odvisnost je večkrat pridružena drugim duševnim težavam, kot so tesnoba, depresija, PTSD (posttravmatska stresna motnja). Ko ženska aktivno uživa drogo, so ti problemi prikriti, šele ko vstopi v zdravljenje in se detoksicira, vse težave izbruhnejo na površje. Pri odvisnih ženskah je prisotna tudi socialna izolacija ter nasilna viktimizacija (Carloson, 2006).

Tudi Kanduč (2006: 141–145) se strinja s tem, da je odvisnost žensk pogosto povezana (vprašljivo pa je, ali je to vez mogoče poimenovati kot vzročno) s pojavi, kot so prostitucija, spolne zlorabe v otroštvu ali mladih letih ter družinsko, partnersko ali moško nasilje. V prvem primeru je mogoče razločiti dve značilni situaciji: a) ženska se poda v prostitucijo, da bi se s tem dokopala do denarja, ki ga potrebuje za tekoče financiranje svoje drage razvade, b) ženska začne uživati drogo, da bi lažje opravljala težavno in neredko nevarno delo prostitutke. Nesporno je, da so lahko spolne zlorabe v otroštvu in z njimi povezane travme povod za poznejši vstop v prostitucijo in tudi za uživanje drog oziroma na zasvojenost z njimi. V tej optiki je spolna zloraba v fazi odraščanja v svojem najglobljem bistvu trajna stigma, ki žrtev spremlja na vsakem koraku in ki se je žrtev ne more več otresti, saj posameznika zaznamuje za vse življenje (enkrat žrtev, za vselej žrtev). To, in sicer da učinkuje kot vzročno določilo vsega slabega, kar viktimizirano osebo doleti, pa je lahko tudi zasvojenost. Ženski, ki je deležna rednega trpinčenja, droga pomaga, da lažje zdrži, hkrati pa ji preprečuje, da bi izstopila iz kroga nasilja (zaradi pomanjkanja samozavesti, nezadostnih gmotnih virov, navezanosti na nasilneža, otrok ...), z zlorabo droge pa postane še bolj ranljiva in nemočna. Vendar ji droga omogoča vsaj omejeno realno in iluzorno kontrolo nad njenim življenjskim položajem.

Dekleta se precej bolj kot fantje zavedajo posledic uživanja droge, še preden jo začnejo uporabljati; prav zato jim droga pomeni bolj odklonsko ravnanje kakor fantom. To drži še toliko bolj z vidika širše družbe, ki postavlja dvojne standarde (pridnosti oziroma odklonskost, normativni kriteriji za dekleta so mnogo bolj strožji od tistih, s katerimi se presoja vedenje fantov). To bi lahko bila interpretacija potrditve teze, da želijo dekleta z jemanjem droge škodovati sebi (izražanje agresije navznoter). Po drugi strani pa to lahko pomeni, da je njihova odločitev za drogo dosti bolj tehtna, racionalna, premišljena, kot je odločitev pri moških (Kanduč, 2006: 28).

Številne ženske, ki uživajo prepovedano drogo, vsaj na začetku zaradi tega nimajo resnejših težav. Od časa do časa doživijo kaj neprijetnega v zvezi s tem, drogo jemljejo na bolj ali manj ogrožajoč način, občasno pa razmišljajo, da bi jo prenehale jemati. Mnoge so pogosto depresivne ali tesnobne. Začenjajo verjeti, da brez droge ne zmorejo več živeti. Svoje težave rešujejo tako, da občasno zmanjšujejo odmerke in pogostnost jemanja drog. Za veliko žensk, ki imajo težave z alkoholom, legalnimi, prepovedanimi drogami, je težava, da imajo manj možnosti, da odločajo o svojem življenji, delu, imajo manj možnosti, da spregovorijo o svojih težavah in stiskah (Wewers, 1999).

Ženske, ki jemljejo droge, imajo več možnosti za okužbo z virusi HIV in hepatitisa. Ti se širijo s souporabo pribora za vbizgavanje, s čimer izpostavljajo nevarnosti sebe in tudi

svoje nerojene otroke. Ženske, ki imajo spolne odnose z moškimi, ki si vbrizgavajo droge, ali spolno občujejo brez zaščite, si povečajo možnost okužb. To, da poiščejo pomoč, še ne pomeni rešitve vseh težav, včasih je to najlažja pot do rešitve težav. Najti pravo osebo in pravi program zase je lahko ključ do uspeha. Doseganje tistega, kar si želijo, lahko traja dolgo časa, zato pa je včasih treba poskusiti večkrat, vedno znova in z veliko mero strpnosti s samo sabo (Kastelic in Zver, 1999: 7).

4 MATERINSTVO IN ODVISNOST

4.1 Nosečnost in odvisnost

Nosečnost ima velikokrat za žensko poseben pomen, včasih je želja po otroku in materinstvu ena njenih najglobljih želja. 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 zavzemanje nove, odgovorne vloge močna motivacija za zmanjšanje uporabe drog ali celo za prenehanje uživanja (Murphy in Rosenbaum 1999: 1–16).

Nosečnost sama po sebi ponavadi ni dovolj močan motiv, da bi ženska za vedno prenehala jemati droge, saj je odvisnost od drog tako huda kronična bolezen, da samo volja in vzdržnost ne zadostujeta (Kastelic in drugi, 1999). Je pa nosečnost velik dogodek v življenju in lahko za žensko pomeni odločilno obdobje, v katerem začne bolj nadzirati svoje življenje za blaginjo sebe in svojega otroka (Walker, 1999).

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. Veliko žensk, ki uživajo droge, pozno ugotovi, da so noseče. Zaradi motenj menstrualnega cikla znake nosečnosti težko prepoznajo in jih ne razlikujejo od odtegnitvenih težav. Samo nosečnost pogosto prikrivajo in zaradi slabih socialnih razmer opravljajo tudi dela, ki lahko plodu škodujejo (Kastelic in sod., 1999). Pogosto že samo kaotično življenje nekaterih žensk, odvisnih od drog, vsekakor vpliva na zanositev in kasneje na splošno počutje otroka v materinem telesu. Droge vplivajo na oploditev, saj vplivajo na hormonsko stanje ženske pred zanositvijo in motijo hormonske procese v ženskem telesu. (Krek in Mišigoj-Krek, 1999). Nekatere raziskave so potrdile, da okoli 70 % nosečnic, odvisnih od ilegalnih drog v času nosečnosti, nima ustrezne nege in da ne razumejo, da so droge škodljive za otroka. Druge raziskave pa so pokazale, da nekatere nosečnice, odvisne od drog, zelo skrbijo zdravstveno stanje otroka in posledice, ki bi jih lahko imela mati in otrok zaradi materine odvisnosti. Zato ni prav, da posplošujemo slab odnos mame, odvisne od drog, do otroka na vse matere, ki so odvisne od drog (Wermuth, 1991, cit. po Dular, 2006).

Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja (IVZ, 2008) je bilo v obdobju 2006–2007 med 38.280 žensk, ki so rodile v Sloveniji, 99 porodnic, ki so imele v svoji zdravniški kartoteki vpisano diagnozo odvisnost od prepovedanih drog. 25 mater je zlorabljalo drogo v zadnji nosečnosti. Največje število mater, ki so zlorabljale drogo med nosečnostjo, je bilo v Obalno-kraški regiji. Povprečna starost takih mater je bila 29 let. Ženske, ki so med nosečnostjo zlorabljale drogo, so bile pogostejše samske in so imele nižjo izobrazbo v primerjavi s preostalimi porodnicami, ki niso imele težav z drogo. Na prvi ginekološki pregled so prišle pet tednov kasneje ter so v nosečnosti velikokrat pogostejše kadile kot druge porodnice. Med novorojenčki mater odvisnic je bilo več prezgodnjih porodov z nižjo porodno težo kot med preostalimi novorojenčki. Ti podatki so iz Porodnega informacijskega sistema Slovenije; ocenjuje se, da so pomanjkljivi ter da je število porodnic, ki imajo težave z odvisnostjo od prepovedanih drog, večje. Vzroki, da se matere, odvisne od prepovedanih drog, nočejo razkriti, so različni, najpogostejši so strah pred

kazenskim preganjanjem, pred odvzemom otroka in splošno odklonilno razpoloženje do uživalcev drog.

Če te podatke primerjamo z raziskavo Breganta (2003), ko je bila narejena retrogradna analiza iz 90.000 porodnih zapisnikov v obdobju 1997–2001, so takrat našli le 50 primerov porodnic, ki so v nosečnosti jemale prepovedane droge. Povprečna starost uživalk ob porodu je bila takrat 22,75 leta, v razponu med 18–32 let. Večina porodnic je bila samskih (62,5 %) ali pa so živele v zunajzakonski skupnosti. Njihova izobrazbena struktura je bila nizka, večina je imela le poklicno izobrazbo (31,3 %) ali pa so bile brez nje (21,9 %). O tveganem načinu življenja govori tudi podatek o kajenju, in sicer je tri četrtine teh nosečnic kadilo cigarete. Med novorojenčki odvisnic je bilo več nedonošenčkov od slovenskega povprečja in kar štirikrat več je bilo zahirančkov. Njihova porodna teža je bila nižja tudi od porodne teže otrok kadilk, ki niso uživale drog.

Raziskave kažejo, da sta nosečnost in rojstvo točki, kjer je intervencija lahko spodbudna za nekatere ženske, odvisne od drog. Raziskave nakazujejo, da nosečnica, ki je odvisna od substanc in prejema babiško nego v prenatalnem obdobju ter tudi pomoč pri novorojenčku, bolje napreduje v terapiji in razvije bolj zdravo vez z otrokom (Chan, 1986, v Nelson-Zlupko, 1995).

Lewis in sodelavci (1996) menijo, da je pomembno vključiti nosečnice v program zdravljenja odvisnosti čimprej, saj je motivacija, da ostanejo čiste do konca nosečnosti, večja. Ko so delali študijo med stotimi ženskami, odvisnimi od heroina, so tiste, ki so zanosile, takoj želele prenehati uživati drogo, saj niso hotele, da bi bili njihovi otroci zasvojeni. Tudi ukrep sodišča, da jim bo odvzeto skrbništvo oziroma dodeljeno rejništvo, je pomemben dejavnik motivacije za vstop v program zdravljenja. Če sodišče materam odvzame skrbništvo, velikokrat zapustijo zdravljenje zaradi pomanjkanja motivacije (Rosenbaum in Murphy, 1990).

Študije o vplivu rabe psihoaktivnih snovi med nosečnostjo na nosečnico in plod so si nasprotujoče. Veliko narejenih raziskav prihaja iz Združenih držav Amerike, kjer so v študije vključene osebe iz nizkega socialnega sloja. Zaradi tega se vplivi revščine mešajo z vplivi nedovoljenih drog. V državah, kot so Nizozemska, Anglija, Škotska, kjer je socialna podpora višja, so pristojne službe zaznale, da imajo velik vpliv na uporabo droge socialna deprivacija in dejavniki, kot je na primer kajenje. Edini vpliv, za katerega lahko z gotovostjo trdimo, da je posledica zlorabe drog, je neonatalni abstinenčni sindrom (Walker, 1999).

Običajno nosečnice, ki uporabljajo droge, ne povedo zdravniku ali drugi strokovni osebi, da so odvisne od ilegalnih drog, kar pa pomeni velik problem za zdravstveno osebje, ki oskrbuje njih in kasneje tudi novorojenčka. Ker zdravstveno osebje ne ve, da je mati uporabnica drog, ne izvaja posebnih ukrepov za zaščito zdravja otroka in matere (Krek in Mišigoj-Krek, 1999). Priznanje, da uporablja droge, je za nosečnico zelo težko, največkrat zaradi strahu pred okolico, ki bi jo moralno obsojala in na neki način izločila iz svojega okolja.

Nedvomno uživanje drog povečuje možnost težav v nosečnosti in/ali pri nerojenem otroku ter vpliva na potek poroda ter nadaljnje življenje in vzgojo otrok. Pri tem pa so pomembne tudi vrste drog, način in pogostost jemanja. Prenehanje jemanja drog je najboljši način, da se ženske izognejo vsem težavam, vendar je to pogosto oteženo zaradi življenjskih

okolščin, v katerih živijo (partner je uživalec drog, živijo v okolju, kjer drugi uživajo droge) (Kastelic in sod., 1999).

4.1.1 Težave med nosečnostjo

Nosečnice, ki imajo težave z odvisnostjo od prepovedanih drog, se med nosečnostjo pogosto srečujejo z različnimi težavami, ki še dodatno vplivajo na potek nosečnosti in počutje matere (Whittaker, 2003):

Strah nosečnice:

- strah pred tem, da bi ji odvzeli otroka,
- strah in zmedenost, da bo uživanje droge poškodovalo plod,
- strah in obtoževanje, da bi prišlo do težav v nosečnosti,
- strah, da bi jo obtoževali, da ni primerna mati, če ne zmore prenehati uživanja droge,
- občutek krivde in samoobtoževanja, ker bo imel otrok izkušnjo z abstinenčno krizo.

Slabe socialne razmere: Za matere, odvisne od prepovedanih drog, je značilna socialna deprivacija ter slabša socialna podpora, ki vključuje:

- slabo podporo družine in prijateljev,
- slabo podporo partnerja, ki tudi uživa prepovedano drogo,
- z drogo povezano kriminalno dejavnost (zaporno kazen, pogojno kazen, prostitucijo, preprodajo droge),
- nasilje (družinsko nasilje ter nasilje, povezano z drogo),
- finančne probleme ter slabe stanovanjske razmere.

Ob uživanju dovoljenih in nedovoljenih drog ter ob zdravstvenih in porodniških zapletih so prisotni tudi neurejeni družinski odnosi, psihično in telesno nasilje, socialno-ekonomski problemi, nezaposlenost (Finnegan, 2000). Tako so težave v nosečnosti in težave v razvoju otrok skoraj bolj posledica zgoraj naštetih dejavnikov, kar ponavadi povzroči vsaj toliko škode kot uživanje drog.

Težave z zdravjem: Med nosečnostjo se pogosto pojavijo različne bolezni, ki še dodatno obremenjujejo nosečnico in otroka. Tako so pogostejše bolezni pri nosečnicah, odvisnih od drog, naslednje: anemije, bolezni srca, slabo stanje zobovja, diabetes, hepatitisi, povišan krvni pritisk, vnetje ven, tetanus, tuberkuloza, vnetje sečil, spolno prenosljive bolezni – AIDS, gonoreja, herpes, sifilis, slaba prehranjenost, pomanjkanje mineralov in vitaminov (Krek in Mišigoj-Krek, 1999). Lahko tudi pride do predoziranja in smrti nosečnice. Velikokrat imajo tudi težave z duševnim zdravjem (tesnoba, depresija, samopoškodovalna vedenja, psihoza).

Kaotičen življenjski slog: Zaradi specifičnega odvisniškega sloga življenja so nosečnice deležne slabše obravnave:

- pozno pridejo na prvi ginekološki pregled,
- ne hodijo v materinsko šolo ter neredno prihajajo na ginekološke preglede,
- nesodelovanje med porodom ter predčasni odhod iz porodnišnice.

4.1.2 Vpliv droge na nerojenega otroka

Otrok že med nosečnostjo občuti vplive droge, po rojstvu pa je mnogo otrok prikrajšanih za mnoge stvari, ki bi jih mame lahko nudile. Največkrat se pojavljajo problemi s kakovostno prehrano novorojenčka in dojenčka. Ta je običajno materi, odvisni od drog, in njenemu otroku nedostopna, kajti mati potrebuje denar predvsem za nakup droge. Stroški zanjo so zelo visoki in imajo pri nekaterih materah absolutno prednost pred nakupom potrebnih predmetov in hrane za otroka in zase. Tako ne namenjajo dovolj pozornosti svojemu otroku, saj se njihovo življenje vrti predvsem okoli zagotovitve droge (Krek in Mišigoj-Krek, 1999).

Možne posledice uživanja drog na sam potek nosečnosti so naslednje (Corcoran, 2001):

- spontani splav;
- zunajmaternična nosečnost;
- nizka porodna teža – zahiranost¹³. Tveganje uporabnic drog za rojstvo otroka z nizko porodno težo je različno glede na vrsto, količino in pogostost uporabljanja droge. Pri teh otrocih obstaja povečano tveganje za obolenost in smrt v zgodnjem otroštvu. Največje tveganje naj bi pomenila uporaba drog v tretjem trimesečju, ki je obdobje hitre rasti ploda;
- preeklampsija. Zanj so značilni povišan krvni pritisk, otekanje ter proteinurija (prisotnost beljakovin v seču) in ima za posledico zmanjšano rast otroka, prezgodnji porod in v hujših primerih lahko tudi smrt matere;
- prezgodnja ločitev posteljice je eden glavnih vzrokov perinatalne smrti (smrti otroka). Tveganje za ta pojav je pri uporabnicah različnih drog večje kot pri ženskah, ki drog ne uporabljajo;
- prezgodnji porod. Pri uporabnicah drog je povečano tudi tveganje za prezgodnji porod (porod pred 37. tednom nosečnosti);
- perinatalna umrljivost. Vključuje mrtвороjenost (rojstvo mrtvega otroka) in neonatalno umrljivost (umrljivost novorojenčkov). Tveganje za mrtвороjenost in tudi za smrt v prvih štirih tednih življenja naj bi bila povečana za okoli 40 %;
- okužbe;
- prirojene anomalije: raziskave kažejo na povečano tveganje za pojav prirojenih anomalij pri otrocih uporabnic drog.

Zarodek je izpostavljen vplivom iz okolja prek interakcije z mamo. Pomembno je vedeti, da lahko droga lahko na različne načine vpliva nanj. Zgodaj v razvoju so obdobja, v katerih se razvijajo pomembne strukture, ki pa jih vpliv droge lahko zmoti. Droga lahko na zarodek vpliva z neposrednim dogajanjem v njem (koncentracije droge, učinek droge) ali pa posredno z dogajanjem v materi. Vplivi droge so lahko bolj ali manj opazni. Tako lahko droga vpliva na rast in razvoj nevronske povezave. (Gerland, 1998) Učinek droge ni omejen le na čas nosečnosti, temveč je bolj daljnosežen. Več kot 75 % otrok, izpostavljenih drogam, ima večje zdravstvene težave. V splošni populaciji ima zdravstvene težave 27 % otrok (Finnegan, 2003).

¹³ Nizka porodna teža je po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) porodna teža, ki je nižja od 2500 gramov in je lahko posledica nenormalne plodove rasti in/ali prezgodnjega poroda. Večja ko je količina zaužitih drog med nosečnostjo, slabše plod raste in se razvija. Posledica je lahko rojstvo otroka, ki je manjši in manj zrel, kot bi pričakovali za določeno gestacijsko starost (»majhen za gestacijsko starost«).

Prav tako je s 17 % pogostejša nedonošenost kot pri preostali populaciji (6 %). Od drugih učinkov prevladujejo zahiranost, moten duševni razvoj, fetalni distress in smrt ploda v maternici (Bergant, 2003).

Zaradi vseh teh negativnih učinkov droge na plod je boljša izbira za nosečnico, ki ne zmore opustiti droge, metadonska substitucijska terapija. Metadon zmanjšuje možnost stresa pri otroku ter zmanjšuje intenzivnost odtegnitvene krize matere in plodu. Zdravljenje z metadonom zmanjšuje število zapletov pred nosečnostjo, v nosečnosti in med porodom ter v poporodnem obdobju na isto raven, kot so prisotni pri vseh drugih nosečnostih in porodih (Bergant, 2003).

Metadon ima v nosečnosti v nasprotju z opiaty štiri prednosti (Krek in drugi 1999):

- Nosečnica je lahko vključena v program, kjer ji lahko pomagajo pri različnih težavah, do katerih pride v nosečnosti (stanovanje, prehrana, higiena);
- Če potrebuje zdravniško pomoč, jo pregledajo zdravniki centrov za zdravljenje odvisnosti ali pa jo napotijo v ustrezne ustanove;
- V času zdravljenja s substitucijo praviloma ne uporablja drugih drog, zato je kvarni vpliv drugih drog na otroka in na nosečnost manjši;
- Nosečnica ne doživlja več nenadnih zastrupitev z opiaty in hudih abstinencijskih kriz, ki pomenijo za plod zelo veliko travmo.

4.1.3 Rojstvo otroka

Nekateri življenjski dogodki izredno vplivajo na tok našega življenja oziroma celo spremenijo celoten dosednji življenjski potek. Med njimi je rojstvo kot dogodek, ki se zgodi malokrat v našem življenju, a lahko odločujoče vpliva nanj. Gre za dogodek, ki je kljub temu, da nam prinaša srečo in zadovoljstvo, težaven in obremenilen. Kako doživimo in obvladamo ta dogodek oziroma novo nastalo življenjsko situacijo, pa je odvisno tako od zgodovine posameznika kot od njegovega trenutnega psihofizičnega stanja. Povečini so rojstva otrok zaželena in pričakovana, a realnost je le malokdaj taka, kot smo si jo zamišljali in pričakovali, saj nam rojstvo življenje dobesedno postavi na glavo. Rojstvo otroka sodi k izrednim življenjskim dogodkom ter pomeni stres in prekinitev življenjskih ciklov. Dogodki vsakdanjega življenja ne zajemajo samo fizičnih dogodkov, temveč tudi duševne sestavine, individualne in socialne pomene dogajanja, pričakovanja, načrte, čustva, motive, gonske vzgibe in seveda jezikovne komunikacije udeležencev skupaj z vsemi verbalnimi in neverbalnimi sestavinami te komunikacije. Življenjski dogodki so diskretna dogajanja v vsakdanjem življenju, ki nastopajo v določenem časovnem intervalu in na neki način spremenijo življenjski tok posameznika. Življenjski dogodki so težavni, za nas obremenilni, pa četudi prinašajo srečo in zadovoljstvo (Nastran Ule, 1993: 122).

V današnjem času prevladuje absolutizem materinstva; to naj bi za žensko, ki postane mati, pomenilo veliko zadovoljstvo, bližino, izpolnitev ter začetek večjega spoštovanja lastnega telesa. Hkrati pa se vse nove matere srečajo z nekaterimi od težav prehoda v starševstvo. Veliko žensk je pod kroničnim stresom, ki je posledica usklajevanja različnih vlog. Položaj posameznice je še dodatno otežen, če ženska postane mati zelo mlada, ima nizke dohodke, je brez doma, ima fizično ali duševno bolezen, nima podpore družine in prijateljev. Nekatere živijo na robu preživetja in imajo skrbi z vzdrževanjem doma, zagotavljanjem hrane in osnovnih potreb otrok (Drglin, 2003: 308–309).

Z vsemi nešteti težavami se velikokrat srečajo tudi matere, odvisne od prepovedanih drog. Matere se že ob rojstvu otroka srečajo z abstinenčnim sindromom novorojenčka, kar pomeni še dodatno obremenitev in stres. Odtegnitveni znaki, ki so posledica uživanja droge med nosečnostjo, pogosto vzbujajo občutke krivde in strahu, ta čustva pa lahko mater vodijo v ponovno uživanje droge.

4.2 Stigma mater odvisnic

Noseča ženska, odvisna od prepovedanih drog, velja v družbi za deviantno, njeno telo je »okuženo«, in to kar dvojno; najprej je okužena zaradi jemanja prepovedanih drog, po drugi strani je okužbi izpostavljen še otrok v njeni maternici, sama pa je označena kot potencialna morilka, ki posredno škoduje svojemu še nerojenemu otroku (Ettore 2007: 39–40).

Poleg tega se morajo matere, odvisne od prepovedanih drog, po mnenju Ettore (2007: 50–52) soočiti z dvojno 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 obsojane, ker uživajo droge, če pa so še noseče, so poleg tega videne kot neodgovorne, nesposobne biti matere, kaj šele biti dobre matere. Poleg tega slabo luč mečejo ne samo nase, temveč na vse »normalne« ženske in matere. Materinstvo je namreč glavni element ženske spolne vloge, v duhu tega jo namreč vzgajajo vse življenje. Biti mati odvisnica je najmanj cenjena vloga tako na sami družbeni lestvici kot tudi na hierarhični lestvici uživalcev prepovedanih drog, na kateri imajo ženske že tako najnižje mesto. Te ženske prav zaradi svoje stigme igrajo družbene vloge, ki so od njih pričakovane, tako da so videne kar se da »normalne«. Same se trudijo v ospredje postaviti svojo vlogo matere, z namenom, da bi vlogo uživalke potisnile v ozadje. Tako morajo za vlogo dobre matere narediti veliko več, kot če drog ne bi uživale. Pred okoljem se dokazujejo in potrjujejo z upanjem, da jim bo priznana vloga skrbne matere. Tudi na samopodobo ženske uživalke z otrokom vsekakor zelo vpliva mit matere, ki naj bi bila vsemogočna, altruistična oseba, ki ne dela napak. Zaradi tega mita torej matere odvisnice doživljajo svojo vlogo matere kot vlogo, ki je ne zmorejo, čutijo se nesposobne, saj za svojega otroka ne skrbijo dobro, ker uživajo droge. Že samo s tem, ker med nosečnostjo niso dovolj dobro skrbele za zdravje svojega otroka, se vidijo kot neuspešne pri izpolnjevanju svoje materinske vloge, prek tega se zdijo neuspešne tudi v vlogi ženske kot take. Same nimajo izbire biti dobre ali slabe matere. Karkoli naredijo, ni dovolj dobro za izpolnitev pričakovanega.

Po Ettore (2007: 40–41) stigma ni le dvojna v smislu spola in uživanja drog, temveč je celo trojna; nosečnice in matere uživalke so nemoralne, spolno nediskretne in neprimerne oskrbovalke družine. Ta 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 ter matere kot oskrbovalke družine žalitev. Videne so kot bitja, ki ne skrbijo dovolj dobro zase in tako tudi ne morejo skrbeti dovolj dobro za druge; tako ne opravljajo dovolj dobro svoje primarne vloge. Tako je uživalka drog ne glede na to, kako ona vidi in dojema sebe, v očeh drugih videna kot ženska, ki ne zmore samokontrole in nad svojim življenjem nima nadzora (ibid.).

4.3 Značilnosti odvisniških družin

Podatki in raziskave kažejo, da narašča število družin, ki imajo težave z odvisnostjo od psihoaktivnih snovi. V ZDA naj bi bilo okrog 8,3 milijona otrok, katerih starši imajo težave z odvisnostjo, največ, 3,8 milijona, naj bi jih imelo težave z alkoholom, okrog 2,1 milijona uživa prepovedano drogo, 2,4 milijona staršev pa uživa alkohol in prepovedano drogo (US DHHS, 2002). V Sloveniji prav tako narašča število uživalcev in uživalcev prepovedanih drog, kar pomeni, da imajo ti uživalci tudi otroke. Podatkov, koliko je družin v Sloveniji, v katerih imajo starši težave z drogo, ni, zato sem v tej nalogi poskušala zbrati podatke o tem, koliko mater, odvisnih od prepovedanih drog, je vključenih v program pomoči na centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog ter na centrih za socialno delo po Sloveniji.

Družina skozi svoje funkcije predvsem v primarni socializaciji pomembno vpliva na posameznikov razvoj in dožemanje socialnega okolja. Vloga družine v socializaciji je primarna in naj bi posameznika naučila vedenja in ravnanja, ki je v skladu z družbenimi pravili, in mu tako omogočila možnost sožitja v družbi. Naučila naj bi ga tudi zmožnosti ločevanja, kakšno ravnanje in vedenje je v družbi sprejemljivo in kako se braniti pred nezaželenim vedenjem in ravnanjem. Družina prek svoje zapletene dinamike nedvomno pomembno vpliva na osebnostni razvoj otrok in na vedenje vseh svojih članov. Res pa je tudi, da vsak posamezen član družinskega sistema po svoje oblikuje, usmerja in utrjuje družinske odnose in dogajanja, ki se zrcalijo tudi v vedenju, ki je za člane te družine značilno v širšem socialnem prostoru (Tomori, 1994 v Šelih 2000: 98).

Družino, ki te osnovne funkcije izpolnjuje, imenujemo funkcionalna družina. To je tista družina, ki je odprta za zunanji svet. Je usmerjena navzven, pri otroku razvije občutek pripadnosti ožji družbeni skupnosti (družini) kakor tudi širši skupnosti. Otroka nauči ustreznega načina komunikacije z zunanjim okoljem. Otroci v takšni družini so veliko bolj ekstravertirani, naučijo se reševati probleme na primeren način. Ustvarijo si socialna omrežja, v katerih pridobivajo nove izkušnje in vedenjske vzorce in veliko lažje rešujejo probleme in stiske, na katere naletijo, saj imajo več socialnih izkušenj. Funkcionalna družina izpolnjuje predvsem naslednje naloge:

- svojim članom daje možnost razvoja, zaupanja vase in v druge ljudi,
- pomaga jim oblikovati ustrezen vrednostni odnos do sebe, drugih in sveta,
- nauči jih navezovati pomembne čustvene odnose z drugimi,
- oblikuje stvarno samopodobo,
- razvija sposobnost za prevzemanje odgovornosti, za prilagajanje svojih potreb potrebam drugih ljudi,
- nauči izražanja sebe in komunikacijskih spretnosti,
- nauči prisluhniti, sprejemati in izražati svoja čustva na način, ki je tudi drugim razumljiv in sprejemljiv,
- svoje člane nauči, kako ravnati v stiskah, jih reševati in obvladovati,
- uči sposobnosti obvladovanja stresa,
- nauči prilagodljivosti spreminjajočim se zunanjim okoliščinam,
- uči samostojnega opredeljevanja in odločanja,
- uči spretnosti za različne praktične dejavnosti,
- upošteva omejitve, ki jih določa stvarnost,
- nauči dejavnega odzivanja na priložnosti, ki omogočajo nepretrgan osebnostni razvoj,
- družinski člani se v njej naučijo pripadnosti večji skupini (Tomori 1994: 151).

Družine, v katerih je prisotna odvisnost od prepovedanih drog, pa so velikokrat nefunkcionalne. Po Satirjevi prevladuje v nefunkcionalnih družinah negativna samopodoba, komunikacija je pomanjkljiva, posredna, nejasna (dvojna sporočila) in neiskrena, pravila so toga, kruta, neživljenjska, nesprejemljiva, tabuizirana; do okolja so take družine nezaupljive, izolirane, anksiozne, navdane s sovražnimi občutki, stigmatizirane, v obrambni drži. Za nefunkcionalnost obstajajo različni razlogi:

- čustvene, razvojne in socialne potrebe svojih članov težje izpolnjuje družina, ki živi v slabih splošnih življenjskih razmerah;
- posebno dolgoročni razlogi za slabo funkcionalnost družine so povezani z osebnostno problematiko pri enem ali obeh starših;
- nefunkcionalnost družinskega sistema pogosto izvira iz družine, iz katere neka oseba izhaja (Satir, 1995: 123).

To so družine, v katerih vladajo konfliktni odnosi med partnerjema ali med starši in otroki. Zaradi pogostih konfliktnih odnosov se ne razvije zadostna stabilizacija otrokove osebnosti oz. se ta razvije na napačnih vzorcih in izkušnjah. Otroci tako dobijo nezadostne socialne izkušnje, ne razvijejo primerne komunikacije z zunanjim svetom, saj je njihovo družbeno okolje omejeno. Družina z izkazanimi problemi je toga, težko se prilagaja zunanjim dejavnikom. Svoje člane ovira in jim preprečuje nadaljnji osebni razvoj. Na tak način neprimerno posega v njihovo samostojnost in individualnost (Filipčič, 2002: 34).

Družine, ki imajo težave z odvisnostjo, imajo pogosto nižji socialni ekonomski status (SES). Člani družine z nižjim SES so izpostavljeni dvakrat večjim obremenitvam ter imajo nižjo raven splošnega dobrega počutja. Na somatičnem področju imajo več telesnih težav ter dolgotrajne probleme in bolezni, na psihičnem življenjskem področju imajo več psihosomatskih težav, psihiatričnih problemov, počutijo se bolj nemočni, manj cenijo sami sebe, doživljajo svoje možnosti za obvladovanje lastnega življenja kot omejene, svojo situacijo doživljajo kot brezupno, na socialnem življenjskem področju imajo več psihosocialnih problemov, več problemov v partnerskem odnosu ter s preostalimi člani v družini, na materialnem področju pa se srečujejo s slabšimi delovnimi razmerami, pogosto bivajo v zelo slabih razmerah ter imajo pogosto omejene finančne zmogljivosti (De Vries, Baukamp, 1995: 37–39).

Življenje odvisniške družine se od življenja normalne družine razlikuje po nekaterih značilnostih (Židanik, 2001: 28–37):

- komunikacija: komunikacije v odvisniški družini so praviloma disfunkcionalne, nejasne, dvoumne in inkongruentne (agresija matere do otroka, dvojna sporočila, konflikti med partnerjema, ki imata težave z odvisnostjo);
- emocionalni odnosi: v odnosu ni prave bližine in je izkazovanje čustev zmanjšano na minimum;
- družinske vloge: so neprimerne, spremenljive, konfuzne, ni jasnega modela vlog;
- finančni odnosi: za družine so značilne finančne težave, saj je denar največkrat porabljen za drogo;
- sistem vrednot: odvisniški sistem nima jasne, stalne vrednostne orientacije;
- prosti čas: ni skupnih interesov in potreb. Družina nima skupnega prostega časa ali pa ga preživlja na neučinkovit način;
- socialni kontakti: so zmanjšani na minimum, socialna izolacija družine.

Židanik (2001: 28–29) omenja še štiri značilnosti odvisniške družine:

- zamenjava prednostnih nalog: odvisna oseba porabi veliko časa za nakup in uživanje droge, zato ji primanjkuje časa za družino;
- opuščanje odgovornosti: sprva je opazno le pri tistem članu družine, ki ima težave z odvisnostjo, pozneje tudi pri drugih družinskih članih. Če je na začetku pri otroku možno opaziti pretirano odgovornost, pa sčasoma prevlada vedenjski vzorec odvisnika;
- izkušnja prezgodnjih izgub: izgube so lahko začasne (zaporna kazen, namestitev otroka v rejništvo) ali trajne (prezgodnja smrt odvisnika). Posebno vrsto izgube pomenijo prezgodnji odhodi iz družine (beg od doma, zgodnja nosečnost pri otrocih, odhod iz družine ali izbor šole in službe daleč od doma);
- razvoj odvisniškega vedenja pri drugih družinskih članih: vsi člani so kandidati za razvoj odvisnosti, čeprav ni nujno, da se bo odvisniško vedenje razvilo pri vseh in v taki meri, da bo postalo moteče.

Pogoste so tudi enostarševske družine, v katerih živi mati sama z otrokom, kar pomeni, da je izpostavljena dodatnim tveganjem, kot so pogosto finančne težave, odsotnost partnerja ali pa je tudi partner in otrokov oče odvisen od prepovedanih drog, kar pomeni dodatno obremenitev in težave v družini. Zaradi vseh teh dejavnikov je taka družina še bolj socialno ranljiva in dodatno stigmatizirana.

4.4. Odraščanje otrok v odvisniških družinah

Raziskave kažejo, da pri otrocih, ki odraščajo v družinah, v katerih so starši odvisni od prepovedanih drog, obstaja visoko tveganje za poznejšo zlorabo droge ter mnoge druge težave v duševnem zdravju (Daren, 1986, Kumpfer, 1998, Johnson, Leff, 1992). Odvisnost od prepovedanih drog pri starših naj bi vplivala na otrokov čustveni, vedenjski kognitivni ter psihološki razvoj. Pri teh otrocih naj bi po raziskavah sodeč obstajalo tudi večje tveganje za zanemarjanje, psihično in fizično zlorabo ter spolno zlorabo. Družine zaradi odvisnosti in odvisniškega življenjskega sloga neučinkovito nadzirajo otroke ter težje zaščitijo otroka pred nevarnimi situacijami, značilno je tudi pomanjkanje discipline. Matere ne preživljajo veliko prostega časa z otroki, povečane so tudi somatske bolezni tako pri materah kot tudi pri otrocih, zaradi kaznivih dejanj mater sledi odvzem skrbništva, značilno je tudi pomanjkanje družinskih virov (Kumpfer, 1995).

Pogosto otrok v odvisniški družini prevzame vlogo razbremenjevalca konfliktov. Dodeljevanje in sprejemanje predpisane vloge lahko odvisnega starša kompenzacijsko razbremeni notranjih konfliktov. Namesto da bi se z osebnimi konflikti spoprijel, jih vnaša v odnose z otrokom in ga manipulira kot nadomestni objekt zadovoljitve. Vloga otroka po Richterju (v Čačinovič Vogrinčič, 1998: 58) določa pomen, ki ga ima v poskusu roditelja, da obvlada lastne konflikte. Lastni konflikti motivirajo starše, da otroku vsiljujejo bodisi vlogo nadomestka za partnerja bodisi vlogo enega aspekta lastnega jaza. Za takim odrejanjem vloge razbremenjevalca v konfliktih med starši vidi transferne procese in narcistične projekcije. Richter je klasificiral pet predpisanih vlog, ki imajo v odnosih med starši in otroki v družini enako funkcijo kot intraindividualni obrambni mehanizmi. Gre za naslednjih pet vlog, v katerih se lahko znajde otrok:

- vloga substituta za partnerja, ko roditelj v odnos z otrokom podzavestno prenese nerešene konflikte iz lastnega otroštva, otrok pa naj jih zdaj v vlogi starih staršev ali sorojenca kompenzira in reši;

- vloga kopije podobe, ki jo ima o sebi roditelj, naloga otroka je, da verno uresniči samopodobo roditelja;
- vloga idealnega sebe je poskus roditelja, da prisili otroka k uresničitvi tistih idealov, ki jih zase ni mogel uresničiti;
- vloga negativne podobe, ki jo ima o sebi roditelj, ki podzvestno išče v otroku grešnega kozla, saj otroka potrebuje, da bi lahko izrinil nesprijemljivo podobo o sebi;
- vloga zaveznika, roditelj ga potrebuje (ali oba roditelja), ko je v boju, in otrok mu mora rabiti predvsem kot podpora, soborec.

Otroci staršev, ki zlorablajo droge, imajo večkrat posebne potrebe in so tudi vključeni v programe pomoči, ki so vezani na zanemarjanje otrok, spolne zlorabe otrok, motnje v pozornosti, hiperaktivnost ter težave z odklonskim vedenjem, programe za otroke z učnimi težavami (Kumpfer v Jones, 2001).

Uživanje droge ovira učinkovito starševstvo ter presojo in sposobnost, da bi lahko primerno poskrbeli za svoje otroke in jih nadzorovali. V eni od raziskav so ugotovili, da so družine, ki imajo težave z odvisnostjo, bolj socialno izolirane, starši preživijo manj časa s svojimi otroki ter uporabljajo nedosledne vzgojne metode (Magura-Laudet, 1998).

Zanemarjanje je večji problem kot samo uživanje droge. Pri starših so prisotni nenehno zapuščanje otroka, nestanovitnost, trda vzgoja ter nizka frustracijska toleranca (Davis, 1999). Starši imajo zaradi uživanja droge primanjkljaje predvsem pri čustveni dovzetnosti, razpoložljivosti, sprejemanju in senzitivnosti, kar je še zlasti ogrožajoče pri novorojenčku in majhnem otroku, ki potrebuje nenehen nadzor in skrb (Harden v Carlson, 2006). Večkrat se otroci zaradi materine odvisnosti ločijo od matere ali pa so nameščeni drugam, prostovoljno ali po odločitvi sodišča. V manjši raziskavi je bilo ugotovljeno, da samo tretjina otrok živi z materjo, ena tretjina jih živi v rejniški družini ali pa pri razširjeni družini in v drugih namestitvah (zavodi). (Carlosom, 2006)

Raziskovalci ugotavljajo, da je zaradi večje vloge pri vzgoji otrok in oblikovanju njihove osebnosti za otroka veliko bolj hudo, če je mati tista, ki ima težave z odvisnostjo, kot če je to oče. »Po navadi je otrok zanemarjen in zapuščen na zunaj, znotraj pa čustveno otopel, zagrenjen in živčen.« (Ramovš, 1981: 152)

Po mnenju strokovnjakov so zaradi čustvene vezi z materjo motnje emocionalnega in psihosocialnega življenja otroka praviloma težje in bolj nepredvidljive, kot če bi šlo za odvisnost očeta. Može (2002: 44–43) poudarja, da so lahko pri majhnih otrocih posledice zelo hude, ker otroku zaradi nedosledne vzgoje niso postavljena jasna merila. »Ko je mati pod vplivom droge, za otroka ne more skrbeti. V času, ko abstinja, je lahko zaradi občutka krivde pretirano skrbna. Z otrokom gradi nezdrav, pretirano zaščitniški odnos, ki otežuje otrokovo zorenje in osamosvajanje.« (Može, 2002: 43)

S tem se strinja tudi Vuletićeva (1988, 91–92), ki meni da je pri materini odvisnosti otrok emocionalno bolj zmeden. Da bi lahko nemoteno uživala drogo, daje mati otroku več svobode. Nasprotno pa v obdobjih abstinence zaradi intenzivnega občutka krivde kaže bolj močno odgovornost za družinsko delo in močnejše nadzoruje otroka. Zaradi nepredvidljivega materinega vedenja je otrok, po mnenju Vuletićeve, zmeden in jo posledično začne zanemarjati ter odkrito odklanjati. Kasneje v življenju lahko otrok kaže različne oblike anksioznih motenj in socialne negotovosti, nestabilnosti in pomanjkanje samospoštovanja

Za mater, ki ima težave z odvisnostjo, je značilno tudi nihanje razpoloženja, v enem trenutku je nežna, v drugem, ko se sooča s pomanjkanjem droge, pa jezna, napeta. Tudi njeno vedenje do otroka je odvisno od tega, ali je trezna ali pod vplivom substanc. Po mnenju strokovnjakov se lahko sprememba vedenja pri otroku kaže v čustveni preobremenjenosti, negotovosti, strahu, frustracijah, padcu samospoštovanja, občutku krivde in podobno. Po mnenju Auerja (2002: 119) je izmenjava agresivnosti in umirjenosti eno najnapornejših doživetij v življenju z odvisnikom.

Strokovnjaki tudi menijo, da so zaradi stresnih situacij pri otroku, ki živi z materjo, odvisno od droge, možni tudi zastoji v intelektualnem razvoju, manjša socialnost, občutek manjvrednosti, neprimernosti, preobčutljivost, pomanjkanje samozavesti, zaradi česar je otrok nagnjen k izolaciji in asocialnemu vedenju, egoizmu in negotovosti. Posledice pri otroku se lahko po mnenju številnih strokovnjakov kažejo tudi v številnih oblikah težav pri učenju, težavah z identifikacijo, tesnobo, bolj pogostem menjavanju šol ali izostankih od pouka, večjem številu ponovljenih izpitov, pogostih obiskih pri šolskem psihologu, težavah v komunikaciji, nizkem ocenjevanju zmožnosti nadzora socialnega okolja, manjši sposobnosti za ohranjanje pozornosti, večji prestrašenosti, nagnjenosti k čustvenemu razburjanju in problematičnem vedenju. Včasih je bolj zaskrbljen z notranjimi mislimi kot z zunanjim svetom. Obstaja velika možnost, da se pri njem razvije hiperaktivnost ali težave s koncentracijo (Stafford, 1992: 44). V tabeli 4.4.1 so predstavljena najpogostejša tveganja pri razvoju in zdravju otrok, katerih starši imajo težave z odvisnostjo od prepovedanih drog (Cleaver, 1999).

Družine, ki imajo težave z odvisnostjo, so pogosto izolirane in zaradi tega ostajajo tudi težave, ki jih ima družina, pogosto prikrite vse do takrat, ko gre otrok v šolo in se družina sreča s širšo formalno mrežo, zato je pomembno, kakšen odnos ima mati s strokovnim osebjem, s katerim prihaja v stik, ter koliko strokovno osebje pozna njeno življenje. Tudi raziskave kažejo, da mati, odvisna od prepovedanih drog, največ zaupanja vzpostavi s tistim strokovnim osebjem, s katerim se srečuje vsakodnevno (substitucijski programi, centri za zdravljenje odvisnosti) in kjer se počuti varno in sprejeto. Pomembno je, da strokovno osebje vključi v program pomoči tudi otroke ter ji ponudi pomoč in nasvete. Kljub vsem težavam, ki jih prinaša odvisnost, pa želijo biti matere dobri starši. Odvisne matere velikokrat skrbijo, da bi izgubile skrbništvo otrok, ali pa si želijo skrbništvo pridobiti nazaj. Otrok jim velikokrat pomeni motivacijo za zdravljenje in vzdrževanje abstinence. V krajši raziskavi (Faund, 2001) je med dvajsetimi ženskami sedem žensk poročalo, da je bil razlog za njeno abstinenco to, da imajo otroka.

Tabela 4.4.1.; Tveganja pri razvoju in zdravju otrok, katerih starši imajo težave z odvisnostjo

Starost	Zdravje	Izobrazba, kognitivne sposobnosti	Odnosi in identiteta	Čustveni in vedenjski razvoj otroka
0–2	Neonatalni abstinenčni sindrom, slaba higiena, slaba prehrana, izostajanje od sistematskih pregledov, ogrožena fizična varnost otroka, zanemarjanje	Pomanjkanje spodbujanja in pozornosti zaradi starševske preobremenjenosti z drogo in z drugimi težavami	Težave pri navezovanju z materjo, ločitev od bioloških staršev (rejništvo, skrbništvo)	Čustvena negotovost zaradi spremenljivega vedenja pri starših ter pogosta odsotnost staršev
3–4	Opuščanje sistematskih pregledov, ogrožanje otroka zaradi pomanjkanja nadzora, bolj pogosto je fizično nasilje	Nespodbujanje otroka, otroci niso vključeni v vrtec ali pa neredno prihajajo	Manjša navezanost na starše, včasih otroci začnejo pretirano skrbeti za druge	Bolj pogosto so otroci impulzivni, agresivni, depresivni, tesnobni, še vedno se pojavlja strah pred ločitvijo, velikokrat so priča neustreznemu vedenju, zaradi tega se naučijo neprimerno odzivati na kraje, nasilje, spolnost
5–9	Ne obiskujejo sistematskih pregledov in zobozdravnika	Težje sodelujejo v šoli, zaradi nestabilnosti v domačem okolju ter preobremenjenosti s problemi staršev	Imajo malo prijateljev, večkrat pretirano prevzemajo odgovornost in skrb za starše	Antisocialno vedenje pri fantih ter depresija, tesnoba ter umikanje v osamo pri dekletih
10–14	Majhna podpora staršev pri puberteti, že zelo zgodaj posežejo po cigaretah, alkoholu in prepovedanih drogah	Velikokrat izostajajo od pouka, večje tveganje za izključitev iz šole	Imajo malo prijateljev Slaba samopodoba in slabo samospoštovanje	Čustvene in vedenjske težave, vrstniško nasilje, bolj pogosta je spolna zloraba, večje tveganje za kazniva dejanja
15*	Večje tveganje za razvoj odvisnosti od alkohola in prepovedanih drog, najstniška nosečnost, večje tveganje za prenosljive spolne bolezni	Nizka izobrazba	Nimajo dobrega zgleda	Povečano tveganje za samooboževanje, občutki krivde, poskus samomora

5 POMOČ MATERAM, ODVISNIM OD PREPOVEDANIH DROG

5.1 Odnos strokovnega osebja do mater, odvisnih od prepovedanih drog

Nosečnice in matere, ki so odvisne od prepovedanih drog, se večkrat bojijo prositi za pomoč, počutijo se manjvredne, bojijo se, da jim bodo strokovne službe odvzele otroka. Za svojega otroka se bojijo že v času nosečnosti in praviloma so obremenjene z različnimi stereotipi iz okolij (slaba mati). Obremenjene so z različnimi strahovi, kako bodo skrbele za otroka, kaj bo z otrokom narobe, saj se jih večina zaveda svoje odvisnosti ter vedenjskih vzorcev, ki so povezani z odvisniškim življenjskim slogom (Krek in drugi, 1999). Večina mater, ki so odvisne od prepovedanih drog, se srečuje z občutki krivde, nemoči, sramu, izolacije, depresije, tesnobo in nizkim samospoštovanjem. Ker družba vidi žensko kot odgovorno za skrb družine, je odvisna ženska večkrat označena za nesposobno žensko in mater. Zaradi vseh teh občutkov potrebuje mati, odvisna od prepovedanih drog, pomoč, ki ne bo temeljila na obsojanju in stigmatizaciji, temveč spodbudno, neobsojajočo obravnavo. Skupaj z njo je treba oblikovati socialni koncept pomoči, ki je usmerjen k soustvarjanju rešitev, ki so za mater in njeno družino pomembne. (Schwartz, Schwartz, 1999).

Pomanjkljivosti programov pomoči, v katere se matere lahko vključijo, so neznanje ter nepoznavanje odvisnosti ter premalo povezovanja z drugimi strokovnimi službami, ki bi lahko skupaj pomembno pripomogle k rešitvi težav, s katerimi se srečuje mati. Tako na primer zdravstveni delavci in porodničarji velikokrat ne poznajo odvisnosti, zato se bojijo, da jim bo mati ali nosečnica delala težave. Sumijo, da se bodo ob zdravstvenih problemih pojavili še problemi, vezani na samo odvisnost od drog, kot so kraje zdravljenj na oddelku, neresen odnos do zdravljenja, neupoštevanje bolnišničnih pravil (Woods, 2000).

Programi, ki ponujajo pomoč in obravnavajo odvisnost, ter programi pomoči, namenjeni otrokom, so velikokrat med seboj zelo različni ter prihajajo med seboj v konflikt, ker temeljijo na različnih stališčih, metodah dela, kar ne pomaga niti staršem niti otrokom. Osebe, ki dela v teh institucijah, ima različna znanja in različna teoretična izhodišča in velikokrat zelo malo vedo o enem ali drugem področju dela. Osebe, ki dela v programih pomoči za odvisnost, zelo malo ve o družini in starševstvu, osebe, ki dela z otroki, pa ima zelo malo izkušenj z odvisnostjo (Carlson, 2006).

Nosilci programov pomoči (CSD, pediatri, porodničarji, zdravstveni delavci) morajo zelo dobro poznati vse programe, kamor lahko napotijo mater, zato je potreben celosten pristop, saj se le tako ustvari maksimalno organizirana podporna mreža, ki zagotavlja optimalno oskrbo nosečnice in matere. Pri tem je zaupanje matere v programe pomoči izredno pomemben del odnosa med njo in terapevtom ter med njo in izvajalcem pomoči. Raziskave kažejo, da prej ko je mati vključena v programe pomoči, manjša je škoda za otroka. Dolgoletne študije so pokazale, da je škoda manjša pri tistih ženskah, ki so kljub uživanju heroina med nosečnostjo vključene v razne programe pomoči, kot pri tistih, ki se niso vključile v nobeno obliko pomoči (Krek in drugi, 1999). Svetovalec ali terapevt, ki pomaga materam in otrokom, odvisnim od prepovedanih drog, mora biti senzitiven in izobražen o ženskih tematikah, zagotavljati mora podporo in ne obsojati. Na tak način bo vsako žensko posebej spodbudil, da bo naredila potrebno spremembo. Pogosto je skupinsko delo

zaželeno, saj se ženska pri zdravljenju prek izkušenj ter vzpostavljanja odnosov krepi (Schwartz in drugi, 1999).

5.2 Smernice za oblikovanje pomoči materam in otrokom

Ob koncu osemdesetih let prejšnjega stoletja so strokovnjaki za odvisnost začeli prepoznavati pomembne razlike med moškimi in ženskimi uživalci drog (način uživanja drog, različni odvisniški vzorci vedenja). Ženske pogosto začnejo uživati drogo po travmatičnih dogodkih, zato potrebujejo drugačne oblike pomoči kot moški (Nelson-Zlupko, 1995).

Tradicionalni modeli obravnave odvisnosti imajo nekatere omejitve za ženske, odvisne od prepovedanih drog, in njihove otroke:

- Notranje omejitve so vezane na to, da ženske velikokrat zanikajo svoje težave z odvisnostjo, zato večkrat na zdravljenje ne pridejo prostovoljno, ženske so bolj stigmatizirane ter imajo več občutkov krivde, sramu in samoobtoževanja;
- Strah pred izgubo skrbništva nad otrokom je naslednja omejitev pri vstopu v obravnavo. Tradicionalni modeli pri obravnavi odvisnosti največkrat ne omogočajo, da bi bilo v času, ko je mati vključena v program, poskrbljeno za otroke, zato se mati velikokrat prav zaradi tega ne odloči za zdravljenje;
- Večina programov pomoči poteka v heterogenih skupinah, v katerih pa ženske težje govorijo o sebi in svojih težavah, saj je velikokrat njihova preteklost povezana s travmatično življenjsko izkušnjo (spolna zloraba, nasilje). Večina programov pomoči je bila narejenih po meri moških uživalcev drog. Programi temeljijo na konfrontacijah, ki jih ženske doživljajo kot sovražne, s tem pa še bolj rušijo njihovo samopodobo;
- Naslednja ovira je strah, da bi izgubile partnerja. Ženske, odvisne od prepovedanih drog, so čustvene, finančno odvisne od svojih partnerjev. Čeprav so partnerji ponavadi tudi sami odvisni od prepovedanih drog, žensko, ki uživa droge, vidijo zelo negativno;
- Peta ovira pa je to, da so programi, v katere so vključeni otroci, ter programi za obravnavo odvisnosti med seboj nezdružljivi. Namestitev otrok v posvojitev ali rejništvo traja približno 17 do 22 mesecev, medtem ko obravnavo odvisnosti traja lahko tudi nekaj let (komune). Preden matere začnejo abstimirati, imajo lahko kar nekaj recidivov, v tem času pa že izgubijo otroka. Recidiv matere se ne gleda kot del obravnave odvisnosti, ampak kot to, da je zdravljenje neuspešno, kar je dodaten razlog, da se lahko materi odvzame otroka (Carlson, 2006).

Izsledki raziskav v zvezi s spolom kažejo, da se potrebe moških in žensk med terapijo razlikujejo. Obstajajo dokazi, da taktika konfrontacije škodljivo vpliva na ženske, ki so nagnjene k temu, da se odzovejo z občutkom sramu, krivde ali zaznamovanosti. Ženske boljše uspehe dosegajo v skupinski terapiji v izključno ženskih skupinah z ženskimi terapevti (Garber, 1997).

Reed (1999: 105–107)) predlaga, da se pri pomoči ženskam, odvisnim od prepovedanih drog, upoštevajo naslednja načela:

- pri terapiji moramo upoštevati, da veliko žensk trpi za depresijo in stisko zaradi konflikta med njihovim svojim življenja in stereotipi o vlogi žensk,

- pri terapevtskih metodah moramo upoštevati sposobnosti, ki so navadno drugačne kot pri moških, in na njih graditi (spretnosti izražanja, medosebni odnosi),
- ženske moramo pomagati, da razvije možnosti in spretnosti, ki jih morda omejujejo stereotipi o družbeni vlogi žensk,
- terapevtske metode morajo biti prilagojene terapevtskim metodam izražanja,
- ženske potrebujejo tudi drugo pomoč (varstvo otroka, izobraževanje o starševskih spretnostih) ter interakcijo z drugimi ženskami, da lahko razvijejo mreže za pomoč, sodelujejo pri reševanju skupnih problemov ter zmanjšujejo občutek lastne krivde.

Večina programov zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog je usmerjenih predvsem v potrebe ženske, otroci pa so izključeni iz programov pomoči. Filozofija tega pristopa temelji na prepričanju, da se ženske v navzočnosti otrok ne morejo dovolj posvetiti lastnemu okrevanju. Raziskave so pokazale, da so se otroci, katerih matere so bile vključene v daljšo obravnavo, počutili zanemarjeni in odrinjeni. Dejstvo je, da rezultatov na področju starševske vloge ne dosežemo samo z vstopom ženske v program zdravljenja odvisnosti ter da se starševsko funkcioniranje in zdravje v družini ne izboljša s treznostjo (Mejta, Levin, 1996). Miller in sodelavci (2001: 23) prav zaradi tega poudarjajo, da otroci ne smejo biti spregledani v procesu obravnave mater, saj tudi sami potrebujejo pomoč oziroma pomoč potrebuje celotna družina. Ena od raziskav je pokazala, da so matere, ki so bile skupaj z otroki na zdravljenju, ostale dalj časa v procesu zdravljenja, pri njih se je zmanjšalo uživanje prepovedane droge, manj je bilo kaznivih dejanj, povečala se je zaposlenost žensk, izboljšale so se starševske veščine ter odnos med materjo in otrokom (Wong, 2006).

V ZDA so zelo uveljavljeni programi, ki so predvsem usmerjeni na vire moči v družini. Ta program vsebuje naslednje storitve: podporne skupine za starše, obravnavo primerov, ki je usmerjena na družinski servis, pomoč družini na domu (obiskovanje medicinske sestre na domu, učna pomoč, prostovoljci za podporo družini, to so lahko stari starši ali mentorji za matere, treningi veščin za starše in družino, ki se lahko izvajajo v bolnišnicah, terapevtskih skupnostih, v psihiatričnih bolnišnicah, v visoko- in nizkopražnih programih za obravnavo odvisnosti, na domu, v šoli in v vrtcu, pomoč ter zdravljenje otrok, tutorstvo v šolah, vedenjsko družinska terapija). Najbolj uspešen je tisti program, ki ponuja čim večjo izbiro in dostopnost do storitev ter se približa vsaki materi posebej in njenim potrebam (Kumpfer in drugi, 1998).

V tujini so se v zadnjem času uveljavile tudi psihoedukacijske skupine, v katerih prek izobraževanja in lastne izkušnje materinstva matere pridobivajo starševske veščine ter vzpostavljajo boljši odnos z otrokom. Psihoedukacijska skupina ima dve glavni nalogi – se izobraževati ter skozi dinamiko v skupini razumeti sebe. Glavni cilji take skupine so: samozavest, vzpostavljanje navezanosti na otroka, otrokov razvoj, pozitivna disciplina ter pridobitev komunikacijskih veščin. Skupina temelji na spoštovanju in krepitvi samozavesti, ne na konfrontaciji. Pri evalvaciji skupin se je pokazalo, da so starši kljub recidivu ter opustitvi zdravljenja odvisnosti želeli nadaljevati obiskovanje skupin oziroma je bilo za 12 % manj predčasnih odpustov kot pri tistih uporabnikih, ki so bili vključeni samo v program zdravljenja odvisnosti (Please, 2002).

Smernice za oblikovanje koncepta pomoči materam, odvisnim od prepovedanih drog:

- pridobiti informacije od matere (ali je dobila informacije o tem, kam se lahko obrne po pomoč in nasvete glede vzgoje otroka, pomoč pri starševstvu, pomoč pri zdravljenju odvisnosti),
- odvisne ženske bi morale imeti boljše informacije o tem, kako droga vpliva na otroka pred rojstvom in po njem,
- raziskati je treba življenjsko okolje in/ali njen partner tudi uživa nedovoljene droge,
- ženske morajo imeti dostop do zdravstvenih storitev brez tveganja, da bodo izgubile otroke, brez poniževanj sodelujočih in brez pogojevanja sodelovanja s strogo abstinenco,
- sodelujoči strokovni delavci bi morali prenehati z obsojajočim obravnavanjem in namesto tega pomagati po svojih najboljših strokovnih zmožnostih,
- žensko je treba spodbuditi, da sprejme odgovornost za svoje življenje,
- ženska mora razumeti, kaj se od nje pričakuje; delo z njo je treba usmerjati v smeri dostopnih virov,
- strokovnjaki tako na področju svetovanja, socialnega skrbstva in zdravstva bi morali zmanjšati svoja pričakovanja in privoliti tudi v manj uspehov, saj lahko na primer vztrajanje pri popolni abstinenci problem samo še poslabša,
- nasilni ukrepi nimajo nobenih dokazanih pozitivnih učinkov na otrokovo zdravje,
- sprejeti in se ne jeziti na to, da ženske, odvisne od prepovedanih drog, ne morejo upoštevati določenih pravil; priporočljivo je, da smo bolj prilagodljivi (ženska z dvema otrokoma zamuja na pogovore, ker zamenja tri avtobuse),
- žensko je treba spodbujati, da se odloči za program zdravljenja odvisnosti, detoksikacijo, da med nosečnostjo skrbi za svoje zdravje in zdravje otroka ter da si po rojstvu poišče pomoč pri negi in skrbi za otroka,
- nujno je sodelovanje z drugimi strokovnimi delavci, multidisciplinarni pristop. (Wood, Walker, 1999)

Matere, odvisne od prepovedanih drog, in njihovi otroci imajo veliko potreb, ki jih je treba obravnavati vsestransko, da bi bilo okrevanje uspešno ter da bi roditeljsko vlogo dobro opravile. Programi pomoči za matere in otroke naj bi bili usmerjeni predvsem na naslednje specifične potrebe:

- obravnava komorbidnih duševnih motenj: motnje v razpoloženju, anksioznost, posttravmatska stresna motnja. Ženske si z uživanjem droge samozdravijo duševne težave, zato se težave med abstinenco okrepijo;
- prepoznavanje in obravnava travmatične zgodovine pri ženski. Soočenje in okrevanje po travmi pomembno vpliva na vzdrževanje abstinence. Potrebne so posebne skupine za okrevanje po travmi, kognitivna vedenjska terapija in delo v ženski skupini;
- pri okrevanju je treba vedeti, da je ženska tudi mati, zato morajo centri za zdravljenje odvisnosti ponujati treninge starševskih veščin, družinsko terapijo, redne obiske otrok ter možnost, da je lahko otrok skupaj z materjo na zdravljenju;
- zdravljenje, ki je namenjeno samo ženskam, pri katerem je zaposleno žensko osebje, manj konfrontacijsko, intervencije, ki so namenjene izboljševanju samopodobe – edukacijski in praktični trening, kako gospodariti z denarjem, trening asertivnosti, komunikacijski treningi;
- trening socialnih veščin ter treningi reševanja problemov (prepoznavanje stresnih situacij ter kako ravnati s stresom). (Carlson, 2006)

Poleg okrevanja matere je pomembno, da se v procesu obravnave uči veččin starševstva, zato bi morali programi ponujati tudi te oblike pomoči:

- izobraževanje o otrokovih potrebah v posameznem razvojnem obdobju: v procesu okrevanja se morajo matere naučiti, kako skrbeti za otroka, kako ga stimulirati, kako izpeljati simbiozo in separacijo, kako postavljati meje, kako se soočiti z otrokovimi čustvi glede njihove odvisnosti;
- negovanje in vzpostavljanje odnosa z otrokom. Zaradi odvisnosti od prepovedanih drog velikokrat matere izgubijo odnos s svojim otrokom, še zlasti če odvisnost traja že nekaj časa ali so bili v tem času otroci v skrbništvu pri starih starših ali v rejništvu;
- suportivna starševska skupina, mati v procesu okrevanja dobi oporo, povratno informacijo od drugih mater in osebja;
- terapevtsko umerjena skupina. Matere imajo v procesu okrevanja tudi možnost govoriti o tem, kako so njihove izkušnje iz otroštva vplivale na njihovo vlogo starša;
- skupine za matere in otroke. Obravnava vedenjskih težav pri otroku, vzpostavljanje ponovnega zaupanja med otrokom in materjo. (Plasse, Kaplan-Sanoff, Mejta-Lavin, 1996)

Če otroci staršev, odvisnih od prepovedanih, drog niso vključeni v proces obravnave in njim ni namenjena nobena oblika pomoči, se poveča tveganje kasnejše zlorabe drog. Raziskave so pokazale, da so se pri otrocih zmanjšale vedenjske in čustvene težave, če so bile matere vključene v trening starševskih veščin (tudi če niso bile v procesu zdravljenja odvisnosti), prav tako pa so se zmanjšale zloraba drog ter druge težave, povezane z duševnim zdravjem (depresija, anksioznost). (Kumpfer, 2001)

5.3 Upoštevanje razlik med spoloma v socialnem delu

Feministično socialno delo je odprlo pogled na celo vrsto tabu tem, kot so: odvisnost, nasilje nad ženskami, spolne zlorabe, revščina žensk, posilstva, motnje hranjenja. Odprlo je pogled na nekatere probleme žensk, ki so bili v tradicionalnem socialnem delu povsem neodkriti in prezrti. Mojca Urek (1993) trdi, da feministično socialno delo stremi k teoriji normalizacije, ki je zasnovana na temeljih dezinstitutionalizacije socialnega dela nasploh. To pomeni boriti se na več frontah hkrati: za spolno senzibiliziranje institucionalnih okolij ter hkrati za njihovo enačenje in odpiranje še za druge načine: za prenos akcije iz azilov v skupnost; za prevajanje strokovnega jezika v vsakdanjega in nazaj; za spodbujanje nastajanja avtonomnih skupin samopomoči itn. Socialni delavci, ki so navzoči skoraj na vseh področjih zdravljenja zasvojenosti, bi morali pri svojem delu poznati razlike med uživanjem prepovedanih drog pri moških in ženskih. Edino tako lahko pravilno pristopijo k reševanju problema in stiske žensk. Pomembno je, da se socialni delavec pri pogovoru z žensko, ki ima probleme, povezane z uživanjem droge, izogiba obsojanju, saj takšna dejanja vodijo v še večji odpor in zanikanje problema (Karoll, 2002).

Strokovni delavci – socialni delavci naj ženske ne bi gledali samo skozi njen problem odvisnosti, ker se s tem izogne stigmatiziranju in obsojanju, pomemben je celovit, kompleksen pogled na življenjsko situacijo. Pri tem morajo imeti socialni delavci določena znanja in spretnosti (empatijo, aktivno poslušanje, pozornost na vire moči idr.), ki jih učinkovito uporabljajo pri svojem delu. Če socialna delavka oziroma delavec ne pozna in

ne upošteva razlik, lahko nekatere probleme definira in rešuje na napačen način (seksizem do odvisnice, ki zanemarljivo svojega otroka in ne opravlja svoje starševske vloge). Mojca Urek (1993) ugotavlja, da so taki odkriti seksizmi zelo pogosti in kažejo na pomanjkanje senzibilnosti v socialnih službah. Pojavljajo se povsod, kjer niso reflektirani kot problem, ki ga je treba reševati.

5.4 Programi pomoči v Sloveniji

5.4.1 Centri za socialno delo

Center za socialno delo (CSD) opravlja naloge, ki so centrom za socialno delo z zakonom¹⁴ poverjene kot javna pooblastila, ter naloge, ki jih centrom za socialno delo nalagajo drugi predpisi. **Osnovna dejavnost CSD:** Center izvaja osnovno dejavnost, ki ima naravo javne službe. Na področju socialnega varstva javna služba obsega: storitve socialne preventive, storitve prve socialne pomoči, storitve osebne pomoči, storitve pomoči družini za dom in na domu, institucionalno varstvo, vodenje, varstvo in zaposlitev pod posebnimi pogoji (ZSV: 42. člen). Poleg naštetih storitev obsega osnovna dejavnost centra še: izvrševanje javnih pooblastil in nalog po drugih predpisih, organiziranje skupnostnih akcij za socialno ogrožene skupine prebivalstva, organizacijo interventne službe socialnega varstva, organizacijo javnih del za reševanje socialne problematike v občini (Statut centra za socialno delo).

Socialnovarstvena dejavnost, ki jo v Sloveniji ureja ZSV, obsega preprečevanje in reševanje socialne problematike posameznikov, družin in skupin prebivalstva (preprečevanje in reševanje socialnih stisk in težav), ki si same materialne varnosti ne morejo zagotoviti zaradi okoliščin, na katere ne morejo vplivati. Upravičenci do socialnovarstvenih storitev in dajatev so državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Sloveniji in tujci, ki imajo dovoljenje za stalno prebivanje v Sloveniji (ZSV: 5. člen).

V okviru centra za socialno delo za družino skrbi za oblikovanje in izvajanje tistega dela družinske politike, ki se nanaša na zakonsko zvezo, na razmerja med starši in otroki, na posvojitve, rejništvo in skrbništvo ter na področje starševskega varstva in družinskih prejemkov. Leta 2002 je začel veljati tudi Zakon o izvajanju rejniške dejavnosti, s katerim je sistemsko urejeno izvajanje rejniške dejavnosti. Temeljna podlaga za delo na področju so poleg že navedenih zakonov tudi mednarodni dokumenti, in sicer Konvencija OZN o otrokovih pravicah, Evropska konvencija o uresničevanju otrokovih pravic, Konvencija OZN o izterjavi preživninskih zahtevkov v tujini in Konvencija o varstvu otrok in sodelovanju pri meddržavnih posvojitvah. Poleg izvajanja navedenih zakonov ministrstvo

¹⁴ Osnova za izvajanje dejavnosti centra so: Zakon o socialnem varstvu (Ur. l. RS, št. 36/04), Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Ur. l. RS, št. 97/01 in 11/03), Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (Ur. l. RS, št. 41/83), Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (Ur. l. RS, uradno prečiščeno besedilo št. 69/04), Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (Ur. l. RS, št. 54/00), Zakon o izvajanju rejniške dejavnosti (Ur. l. RS, št. 110/02), Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (Ur. l. RS, št. 22/00 in 52/02), Zakon o splošnem upravnem postopku (Ur. l. RS, uradno prečiščeno besedilo št. 24/06), drugi predpisi, ki opredeljujejo naloge socialnega varstva.

za delo, družino in socialne zadeve tudi pripravlja podzakonske akte in je drugostopenjski pritožbeni organ v zadevah, izdanih na podlagi teh zakonov. V okviru centra za socialno delo lahko mati, ki ima težave z odvisnostjo od prepovedanih drog, in njeni otroci prejmejo te oblike pomoči oziroma storitve: **Socialna preventiva:** Socialna preventiva je storitev socialnega varstva, ki jo načrtuje in sofinancira država, izvajajo pa jo različni izvajalci, med njimi centri za socialno delo. Njen namen je preprečevanje socialnih stisk in težav posameznika, družine in skupine prebivalstva. Namen socialne preventive je preprečevanje nastajanja socialnih stisk in težav, in če sprejmemo razlago, da so stiske in težave pri ljudeh praviloma povezane z disfunkcijami v družinskem sistemu, potem velja postaviti družino v središče preventivnega delovanja. Takšna preventiva je bolj splošna kot specifična (usposabljanje za kakovostno izpolnjevanje vseh vlog in nalog družine učinkuje preventivno za širok spekter odklonskih pojavov), usmerjena je v utrjevanje zdravja (pozitivnih potencialov družine) ter v utrjevanje odpornosti družinskih članov in notranjih moči družine. Z različnimi dejavnostmi pri udeležencih utrjujejo pozitivno doživljanje sebe in drugih, jih usposabljaajo v socialnih veščinah, izboljšujejo kakovost življenja in prispevajo k ublažitvi ali odpravi motečih vedenj (glej Mesec in drugi 1999: 149).

Prva socialna pomoč: obsega pomoč pri prepoznavanju in opredelitvi socialne stiske in težave, oceno možnih rešitev ter seznanitev upravičenca o vseh možnih oblikah socialnovarstvenih storitev in dajatev, ki jih lahko uveljavi, ter o obveznostih, ki so povezane z oblikami storitev in dajatev, kakor tudi seznanitev upravičenca o mreži in programih izvajalcev, ki zagotavljajo socialnovarstvene storitve in dajatve.

Pomoč družini za dom: obsega pomoč za dom, pomoč na domu in socialni servis. Pomoč družini za dom obsega strokovno svetovanje in pomoč pri urejanju odnosov med družinskimi člani ter pri skrbi za otroke in usposabljanje družine za opravljanje njene vloge v vsakdanjem življenju. Socialni servis obsega pomoč pri hišnih in drugih opravilih v primeru otrokovega rojstva, bolezni, invalidnosti, starosti, v primeru nesreč ter v drugih primerih, ko je ta pomoč potrebna za vključitev osebe v vsakdanje življenje.

Osebna pomoč: obsega svetovanje, urejanje in vodenje z namenom, da bi posamezniku omogočili razvijanje, dopolnjevanje, ohranjanje ter izboljšanje socialnih zmožnosti. Osebna pomoč je proces daljšega svetovalnega dela (svetovanje, urejanje, vodenje) s človekom v stiski oziroma težavi, v katerem strokovni delavec spodbuja posameznika, da ohranja, razvija in izboljšuje lastne zmožnosti za reševanje svojih problemov. Osebna pomoč obsega svetovanje, urejanje in vodenje z namenom, da bi posamezniku omogočili razvijanje, dopolnjevanje, ohranjanje ter izboljševanje njegovih socialnih možnosti. Svetovanje je strokovna pomoč posamezniku v stiski, ki je sam ne zna ali ne zmore odpraviti, je pa pripravljen spremeniti svoje vedenje in poiskati primerne rešitve. Urejanje je oblika strokovne pomoči posamezniku, ki je zašel v socialne stiske in težave zaradi osebnostnih ali vedenjskih posebnosti in pri tem ogroža sebe in druge. Potrebna sta pomoč in sodelovanje dejavnikov iz širšega okolja, predvsem njegove socialne mreže.

V okviru javnih pooblastil, na katerih slonijo slovenska zakonodaja in mednarodni pravni akti,¹⁵ pa center za socialno delo posreduje v primeru ogroženosti otrok. Kadar starši svoje

¹⁵ Ustava RS, Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih, Zakon o socialnem varstvu, Zakon o izvajanju rejniške dejavnosti, Zakon o splošnem upravnem postopku, Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami, Zakon o pravnem postopku, Zakon o nepravdnem postopku, Zakon o kazenskem postopku, Kazenski zakonik, Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij. Mednarodnopravni akti; Priporočilo št. R/91/9 Odbora

roditeljske pravice ne izvršujejo, ima država ne samo interes, temveč dolžnost poseči z ukrepi za zaščito otrok v izvrševanje roditeljske pravice. Država je dolžna poskrbeti za otroke, ko družina ne opravlja svojih nalog v redu, ko starši ne izvršujejo roditeljske pravice v otrokovo korist, ko so otroci ogroženi, izpostavljeni nasilju v družini in zunaj nje. Poseg v družino je upravičen, kadar gre za zaščito otrokovih koristi /določeno z zakonom/ in ko so za to izpolnjeni naslednji elementi:

- neustrezno ravnanje staršev,
- ogrožanje otrokovih koristi s strani staršev ali tretjih oseb,
- pomanjkanje odvrčanja nevarnosti od otrok s strani staršev.

Kadar gre za nasilje v družini, zanemarjanje otroka, opuščanje skrbi za njegov zdrav osebni razvoj ali nasilje, ki otroka ogroža zunaj družine, pa tega starši ne preprečujejo, center za socialno delo začne izvajati ukrepe za zaščito otroka. V zadnjih letih se je izoblikoval tudi stalni strokovni tim za obravnavo in preprečevanje nasilja. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve se je zavedajoč potrebe po timski obravnavi primerov nasilja odzvalo z ustanovitvijo delovne skupine, ki je pripravila predlog Smernic za obravnavanje ogroženih otrok v socialnem varstvu. (<http://www.csd-lj-siska.si/dejavnosti/dejavnosti.asp>, 2009)

Rejništvo: ena od oblik pomoči, ki jo lahko CSD zagotovi materam, ki imajo težave z odvisnostjo in v določenem časovnem obdobju zaradi različnih stisk ali težav ne zmorejo skrbeti za otroka. Rejništvo je dobra priložnost za podporo otroku in materi, kjer se oblikuje skrbno načrtovan sistem sodelovanja z vsemi udeleženi v problemu. Nihče od udeleženi ne dela ničesar sam in nihče od udeleženi ne ostane brez pomoči in podpore.

V okviru CSD se oblikuje projektna skupina, ki vzpostavlja in vzdržuje sodelovanje med matično družino, rejniško družino, centrom za socialno delo in otrokom v reji. Oblikuje se za vsakega otroka posebej in v procesu odločanja o najboljši obliki pomoči morata sodelovati matična in rejniška družina. Namen projektne skupine je, da rešuje vsakdanje življenjske probleme, pri čemer odkriva posebne stiske in potrebe po posebnih oblikah. Vanjo lahko vstopijo vsi strokovni delavci (učitelj, zdravnik), ki lahko pomembno prispevajo k oblikovanju projekta pomoči za družino.

Po mnenju Čačinovič Vogrinčič (2006: 104–112) je rejništvo osrednji prostor, namenjen otroku, ki se je znašel v težki življenjski situaciji, saj živi med dvema družinama, v vmesnem prostoru. Potuje od ene do druge in nazaj. Potrebuje prostor za razmislek in prevajanje resničnosti ene družine v drugo. Otrok mora čutiti varnost, da nam lahko pove, kdo je, kaj si želi, kaj misli, kako se vidi in razume v odnosu med obema družinama. V projektu rejništva je nujno sodelovanje tako z matično in tudi rejniško družino. Matična družina potrebuje pomoč, da začne reševati svoje probleme ter se usposobi, da se lahko otrok vrne, da se vzpostavi sodelovanje z rejniško družino ter da se uči živeti z otrokom, ki živi v rejniški družini. Rejniška družina ima vlogo soustvarjalcev opore otroku, ki je zaupan v vzgojo in varstvo. Rejniki potrebujejo nenehno izobraževanje, podporo in pomoč

ministrov članicam Sveta Evrope glede nujnih ukrepov v družinskih zadevah, Evropska konvencija o izvrševanju otrokovih pravic, Konvencija ZN o otrokovih pravicah, Evropska konvencija za varstvo človekovih pravic in temeljnih človekovih svoboščin.

CSD pri problemih, s katerimi se srečujejo, ter zagotovilo, da obstaja ekipa strokovnjakov, ki bo pomagala, ko otroku ali njegovim staršem rejniki ne bodo znali pomagati.

5.4.2 Društvo Mama Zofa

Društvo, ki pomaga ženskam, ki želijo zanositi, nosečnicam, porodnicam ter ženskam po porodu, ženskam, ki so izgubile otroka med nosečnostjo, med porodom ali po njem, ženskam v stiski ob odporodnem obdobju in njihovim svojcem, partnerjem, očetom otrokom, svojcem, prav tako zagotavlja strokovno pomoč strokovni javnosti (socialnim delavkam, zdravnikom, babicam) ter širši javnosti.

Glavne dejavnosti društva so obveščanje ter povečanje možnosti odločanja ter ustvarjanja različnih izbir in razmer, v katerih bi bila zagotovljena najboljša možna skrb, nega in zdravljenje v času nosečnosti, ob porodu in po porodu z upoštevanjem različnosti, kar pomeni, da pomagajo materam, ki se znajdejo v stiski ali zaradi odvisnosti ali s težavami v duševnem zdravju. Dajejo informacije s področja nosečnosti, poroda ter poporodnega obdobja in starševstva ter ustvarjanje možnosti izmenjave izkušenj med starši in bodočimi starši. Pomemben del aktivnosti je tudi obveščanje in izobraževanje širše javnosti strokovnjakov in posameznic o novostih, znanstvenih dognanjih, izkušnjah ter posredovanju znanja s področij, na katerih delujejo. Pomemben projekt društva je Projekt Promama, katerega glavna dejavnost je zagovorništvo žensk, partnerjev in družine v času nosečnosti, poroda in zgodnjega starševstva v zdravstvenem sistemu.

5.4.3 Zavod Tamala

Zavod Tamala ponuja izobraževanje, svetovanje in socialno pomoč mladim družinam ter jim omogoči lažji prehod v starševstvo. Njihove glavne dejavnosti so Šola za starševstvo, vadbe, Nadomestna babica, Podporni center za babice z dojenčki. V vse te dejavnosti se lahko vključijo tudi nosečnice in matere, ki imajo težave z odvisnostjo od prepovedanih drog. Strokovne delavke in prostovoljke hodijo k materam tudi na dom ter jim pomagajo pri skrbi in negi otroka.

Zavod TAMAL-a je bil ustanovljen z namenom pomagati materam po porodu, jih povezati med seboj in skupaj z njimi iskati mreže pomoči, ki so v tem obdobju še posebno pomembne. Dejavnosti zavoda obsegajo:

- pripravo in izvajanje izobraževalnih projektov s področja vzgoje;
- vodenje in izvajanje projektov za pomoč materam ob poporodnih stiskah (v okviru skupin za samopomoč);
- izvajanje projektov druženja malčkov, ki niso v vrtcu, da bi se jim olajšal prehod iz babičinega oziroma varuškinega varstva v vrtec;
- vodenje in izvajanje projektov učenja socialnih veščin (kot so npr. socialne igre in igre vlog za predšolske in šolske otroke);
- izvajanje projektov pomoči osamljenim starejšim (druženje otrok in starejših kot oblika pomoči družini za varovanje otrok);
- socialni servis kot oblika pomoči materam pri negi otroka in pomoč starejšim;
- izobraževanje prostovoljcev za zagotavljanje pomoči.

Poudarek dela v skupinah je na socialnoekološkem načelu, ki govori o tem, da socialni delavec najprej aktivira in krepi naravne socialne mreže. Usmerja udeležene k iskanju mrež, v katerih klienti živijo (primer: kdo lahko pomaga pri pospravljanju, likanju plenice, kdo lahko skuha, kdo lahko malce popazi na dojenčka).

5.4.4 *Komune in terapevtske skupnosti*

V Sloveniji ne obstaja specifičen program v okviru obravnave odvisnosti, ki bi hkrati ponujal pomoč materam, odvisnim od prepovedanih drog, in njihovim otrokom. V posameznih komunah, kot sta Reto center in Chanacoilo, lahko otroci skupaj z materjo živijo v istem centru. Vendar pa so ti otroci dislocirani od mater, saj mati večino časa v komuni dela, z otrokom ima stik samo v večernih urah pred spanjem. Matere v intervjujih so to izkušnjo doživele kot šok. Prav tako so poročale, da so bili otroci zaradi tega v hudi stiski.

5.4.5 *Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (primer dobre prakse)*

V nadaljevanju magistrske naloge bom kot primer dobre prakse predstavila Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (v nadaljevanju CZOPD), ki od leta 1995 deluje v okviru Psihiatrične klinike. Je medicinski model, vendar je trenutno edini v Sloveniji, ki ponuja celostno 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 mojih izkušnjah v večini primerov med hospitalizacijo za otroka poskrbijo svojci, predvsem stari starši, redkokdaj pa tudi partner.

CZOPD je povezan v Koordinacijo centrov za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti (za zdaj je v Sloveniji 20 centrov za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti). Program obsega svetovanje, ambulantno in bolnišnično zdravljenje, izobraževanje, raziskovanje, založništvo in koordinacijo. Ambulantno delo je v obliki individualnih pogovorov ali terapevtskih skupin. To delo poteka v obliki individualne ali skupinske terapije. Vključuje lahko tudi delo s svojci ter partnersko ali družinsko terapijo. Program zdravljenja se načrtuje skupaj s pacientom.

Bolnišnično zdravljenje traja najprej šest tednov na oddelku za detoksikacijo s kasnejšo možnostjo osemtedenskega nadaljevalnega zdravljenja na oddelku za intenzivno podaljšano zdravljenje. Nato je možna vključitev v dnevni center 2- do 3-krat tedensko, kjer zdravljenje poteka še šest mesecev, lahko pa tudi manj ali več. V dnevnem centru pa se je mogoče vključiti v programe dodatnih terapevtskih skupin, klubov ali skupin za samopomoč.

V sklopu programa deluje tudi posvetovalnica za odvisnike, svojce ter svetovanje drugim službam, policiji, šolstvu, socialnemu delu, pri izvrševanju kazenskih sankcij itd. Sodelujejo z drugimi vladnimi in nevladnimi organizacijami, svetovalnicami (terapevtskimi skupnostmi, komunami in skupinami za samopomoč). Pomagajo pri vzpostavljanju skupin za samopomoč (klubi zdravljenih uživalcev in svojcev, »Narcotics Anonymus«).

Vloga socialnega delavca skozi faze obravnave odvisnosti v CZOPD: Program socialne službe se izvaja na vseh treh programih, in sicer v začetnem programu hospitalnega zdravljenja zasvojenih s prepovedanimi drogami, nadaljevalnega odprtega oddelka zdravljenja in tretjega reintegracijskega oz. dnevnega oddelka, kjer je največ poudarka na psihosocialnih intervencijah. Poleg navedenih programov poteka delo še na ravni individualnega svetovanja pred vključitvijo v program in dodatnih skupin, ki so namenjene psihosocialni rehabilitaciji, med drugim tudi posebno ranljivim skupinam (npr. ženska skupina za spolno zlorabljene ženske, ženske, ki imajo težave na različnih področjih življenja (otroci, vzgoja, odnos s partnerjem, skupina mladostnikov in druge)).

Individualno svetovalno delo: Individualno predbolnišnično svetovanje zajema pripravo socialne anamneze za vsakega klienta, ki se odloči za vključitev v program. Na podlagi te se pripravi individualni načrt oz. analiza tveganja. V tem obdobju se že vzpostavi mreža pomoči, v katero je treba vključiti svojce, CSD-je in druge organizacije, ki pripomorejo k izboljšanju stanja klienta v tej fazi. Na ravni svetovalnega dela je v CZOPD na voljo stalna individualna pomoč o partnerskih odnosih, stiski v družini, svetovanje glede nosečnosti oz. pomoč pri starševstvu, urejanju socialnih stisk, povezovanje z drugimi institucijami. Pri svetovalnem delu je pomembno, da najprej postavimo prioritete težav, predvsem dosežemo stabilno stanje glede uživanja prepovedanih drog in šele potem začnemo z vsebinami, ki se nanašajo na travmo.

Delo s skupino; Socialni delavec vodi skupine samostojno ali v paru, in sicer skupine, ki so vezane na časovno določen program in so vsebinsko prilagojene namenu in cilju posameznega programa, podporne skupine, ki niso časovno omejene in so namenjene posebnim ciljnim skupinam, edukativne skupine in skupine, ki so namenjene informiranju. Skupine, ki so vezane na posamezni program, so: V pripravljalni fazi socialna delavka vodi informativno skupino za pripravo na zdravljenje. V obdobju šesttedenskega hospitalnega zdravljenja samostojno vodi dve skupini učenja socialnih spretnosti; v tej fazi so socialne spretnosti usmerjene predvsem v prepoznavanje stiske glede uživanja drog in možnosti spremembe življenjskega sloga. Prav tako samostojno vodi edukacijsko skupino za starše, ki poteka enkrat tedensko. Vsebine skupin so vnaprej pripravljene, vezane so na cilje in namen oddelka. O poteku socialna delavka poroča timu, podatki ali slikovno gradivo pa se hranijo v mapah klientov. Skupaj s preostalimi člani tima sodeluje še na dveh terapevtskih skupinah. Na odprtem oddelku, kjer zdravljenje poteka tri mesece, samostojno vodi skupine za učenje socialnih spretnosti, ki potekajo dvakrat tedensko po dve uri. Skupaj s koterapevtom vodi skupino svojcev in klientov, ki poteka enkrat tedensko dve uri, v tej fazi vodi tudi žensko skupino. V dnevnem centru, kjer je velik poudarek na psihosocialni reintegraciji, je vloga socialnega dela zelo pomembna. Samostojno vodi trening socialnih spretnosti, v tej fazi močno usmerjen v konkretne akcije glede vključevanja v družbo, iskanja zaposlitve, reševanja partnerskih stisk, urejanja družinskih razmer, učenja komunikacije in organiziranja prostega časa. Socialna delavka vodi podporno skupino za

svojce, skupino za planiranje, »žensko skupino«, skupino samopomoči za svojce in skupino za uporabnike po končanem programu CZOPD.

Socialni servis v centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog: Socialni servis centra je usmerjen v izvajanje različnih socialnih intervencij, ki se lahko nanašajo na stiske in težave, definirane že v socialni anamnezi in načrtu pomoči, prav tako pa tudi na stiske in težave posameznika, ki nastajajo v različnih fazah zdravljenja. Te intervencije so usmerjene v izvajanje prve socialne pomoči, osebne pomoči, pomoči družini. Da se vse našteje socialnovarstvene storitve v sklopu zdravstva lahko izvajajo, je potrebna močna povezanost med preostalimi ustanovami, predvsem CSD, ZZV, ZZZP, zapori, prevzgojnimi institucijami, šolami, centri za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Glede na populacijo je potrebne tudi pri krajših intervencijah veliko več angažiranosti in spretnosti motivacije, prav zaradi nezaupanja klientov, označenosti in občutka brezizhodnosti v institucionalnih sistemih.

Namen socialnega dela v procesu reintegracije na CZOPD

- zmanjševanje, odpravljanje in preprečevanje socialnih stisk in težav posameznikov, družin in ciljnih skupin, ki nastajajo zaradi uživanja prepovedanih drog, s pomočjo strokovnih delavcev in sodelavcev,
- boljše socialno funkcioniranje, krepitev socialne mreže, spodbujanje abstinence in preprečevanje recidiva, socialna reintegracija,
- rehabilitacija s poudarkom na novih življenjskih vsebinah,
- edukacija in socialna integracija,
- vključevanje dela z ranljivimi skupinami,
- usmerjanje v skupine za samopomoč,
- spodbujanje širjenja mreže pomoči na podobnih načelih socialnega dela,
- aktivno vključevanje in delo z družino, v kateri sta eden ali oba od staršev odvisna od prepovedanih drog,
- obravnavanje žrtev zlorab,
- preventivna edukacija o odvisnosti.

Ženska skupina: V okviru Centra za zdravljenje odvisnosti od leta 1997 deluje tudi ženska skupina. Njen cilj in namen je, da ima ženska priložnost v varnem okolju zaupati svojo stisko, da je razumljena v svojem načinu razmišljanja, čustvovanja in vedenja ter dobiva od sočlanice skupine povratne informacije. V žensko skupino so vključene ženske s težavami na področjih, ki se nanašajo na spol (spolna zloraba, nasilje, materinstvo, izgube). Vanjo se torej vključijo vse ženske, ki so v procesu zdravljenja, ženske, ki so zdravljenje že končale, pa želijo nadaljevati delo v podporni skupini, lahko pa se v skupino vključijo tudi ženske, ki navajajo kakšno drugo vrsto odvisnosti in stiske. Skupina ima trdno strukturo, ker ta posledično zagotavlja občutek varnosti članicam, ki vstopajo vanjo. Poteka enkrat tedensko eno uro. Vedno sta navzoči isti terapevtki, ki sta pred tem dobro usposobljeni. V skupino se lahko vključi do devet žensk, pred te morajo skupaj s terapevtkama podpisati dogovor, ki tako uporabnice kot terapevtke zavezuje k molčečnosti in drugim vsebinam, ki zagotavljajo varnost.

5.5 Socialni koncept pomoči pri delu z družino

V procesu pomoči je naloga socialnega delavca, da z družino vzpostavi delovni odnos, tako da družina dobi dobre izkušnje za sodelovanje. Zato mora socialni delavec imeti znanje za ravnanje. V delovnem odnosu z družino vodimo dva procesa: prvi je stabilizacija za instrumentalno definicijo problema in soustvarjanje dobrih izidov, tako vzpostavljamo izvirni delovni projekt pomoči, drugi pa je proces soraziskovanja in samoraziskovanja družine z družino. Družino nagovarjamo na dveh ravneh, na ravni mobilizacije in na ravni družinske dinamike. Reševanje problemov v družini zahteva spremembe, ki omogočijo rešitev, treba pa jih je vzpostaviti in raziskati z dobrimi izkušnjami v procesu pomoči. Pomembno je, da družina skozi proces reševanja kompleksnih socialnih problemov bolje vidi, kaj dela, zato je potrebno raziskovanje potrebnih in možnih sprememb v družini, raziskovanje z več razvidnosti, ki jo družina in njeni člani potrebujejo, da bi razvili kompetentnost in se okrepili. Socialno delo z družino je torej kompleksno delo, ki zajame tako proces raziskovanja rešitev kot odnose v družini in spremembe v procesu soustvarjanja rešitev (Čačinovič Vogrinčič, 2006: 25–32).

5.6 Vzpostavljanje delovnega odnosa in izvirni delovni projekt pomoči

Socialni koncept pomoči v socialnem delu je soustvarjanje rešitev. Delovni odnos in izvirni delovni projekt pomoči sta koncepta, ki ubesedita posebnost socialnodelovnih ravnanj. (Čačinovič Vogrinčič, 2006:12)

Delovni odnos med uporabnikom in socialnim delavcem je definiran kot sodelovanje v skupnem projektu, ki imata nalogo, da soustvarita svoje deleže pri rešitvi. Naloga socialnega delavca je, da vzpostavi delovni odnos. Elementi delovnega odnosa so:

Dogovor o sodelovanju: je pomemben uvodni ritual in omogoči vzpostavljanje delovnega odnosa. Dogovor vsebuje privolitev v sodelovanje in dogovor o tem, kako bomo delali;

Instrumentalna definicija problema in soustvarjanje rešitev: je naloga socialnega delavca, da soustvari proces pomoči, v katerem udeleženi v problemu raziskujejo svoj delež v rešitvi. Vsak udeleženi vstopi s svojo definicijo problema s svojim videnjem, in tako se začne oblikovanje delovne definicije uresničljivega. V pogovoru mora biti zagotovljeno brezpogojno spoštovanje enkratnosti osebne izkušnje;

Osebnostno vodenje: socialni delavec v neposredni zavzeti komunikaciji raziskuje zgodbe uporabnikov skupaj z njimi ter jih s pogovorom pripelje k oblikovanju zaželenih izidov;

Etika udeležnosti: pomeni sodelovanje vseh udeleženi, pri katerem nihče nima zadnje besede in je nihče ne potrebuje, temveč pogovor, ki se nadaljuje. Strokovnjak odstopi od moči in jo nadomesti s skupnim raziskovanjem;

Perspektiva moči: socialni delavec pomaga udeleženi odkriti njihove vire moči;

Znanje za ravnanje: pomeni, da socialni delavec ni brez besed, ker zna vzpostaviti in vzdrževati delovni odnos in kontekst socialnodelavskega razgovora ter deliti strokovna znanja z uporabniki v procesu soustvarjanja interpretacij v razgovoru in tako omogočiti prevajanje v osebni in lokalni jezik in nazaj v jezik stroke;

Ravnanje s sedanostjo ali koncept soprisotnosti: socialni delavec pozorno posluša uporabnike, hkrati pa jim je na voljo za sočutje in razgovor.

(Čačinovič Vogrinčič, 2006: 17–21)

Izvirni delovni projekt pomoči dopolni delovni odnos in se v njem vedno znova nadaljuje, v njem se zapiše proces reševanja skupaj z uporabniki zanje in zase.

Čačinovič Vogrinčič (2006: 21–24) v svoji knjigi Socialno delo z družino govori o tem, da so projekti vedno izvirni, ker se vsakokrat na novo in posebej oblikujejo za vsako družino posebej. Projekti so delovni, ker v vsakdanjem jeziku konkretizirajo dogovorjene spremembe, naloge, delež posameznika in roke. Usmerjeni so k dobrim izidom in zaželenim razpletom. Na poseben socialnodelovni način ubesedi ravnanje v socialnem delu. Avtorica navaja šest korakov, ki pomenijo paradigmatski premik v delovnih projektih pomoči. **Pridruževanje** pomeni vzpostavljanje delovnega odnosa in začetek odkrivanja, ki ni ne diagnoza ne ocena, temveč odkrivanje in raziskovanje možnih rešitev. **Spreminjanje** je tveganje novih možnosti ter upanje za prihodnost. S **proslavljanjem** prepoznavamo moč družine, njene potenciale, uspehe in napredovanje. **Ločitev** se zgodi, ko družina zmora sama ter ko dobi moč, kompetentnost, znanje za obvladovanje svojih težav. **Refleksija** pa je opredeljena kot strokovna rast, ki teče skozi proces sodelovanja z družino.

5.7 Načini ravnanja v socialnem delu z družino

»Predmet socialnega dela z družino je pomoč (opora, podpora) družini pri reševanju kompleksnih psihosocialnih problemov. Delovni odnos zagotavlja instrumentalno definicijo problema in soustvarjanje rešitev, pri čemer proces sodelovanja mobilizira moč same družine. Socialno delo z družino je izvirni delovni projekt sodelovanja, ki ga soustvarimo na sporazumevanju, dogovarjanju in skupnem oblikovanju rešitev, da bi udeleženi v problemu postali udeleženi v rešitvi. Družina je kontekst, v katerem se raziskujejo oblike pomoči, a to nikakor ne pomeni, da delo z družino prekrije posameznika v njej. V procesu pomoči pri socialnem delu z družinami gre za raziskovanje dobrih izidov za vse udeležene v problemu. Delamo z družino in s posameznikom. Cilj nikoli ni varovanje družine za vsako ceno, temveč odkrivanje boljših pogojev za življenje posameznika v družini ali zunaj nje oziroma za podporo družini, da se kot skupnost ohrani, preoblikuje ali razide.« (Čačinovič Vogrinčič, 2006: 27)

5.7.1 Sistemska socialno delo

Socialnodelovno definicijo problema oblikujemo na elementu težav pri iskanju rešitev za pomanjkanje in stisko, saj sta pomembni sestavini vsake instrumentalne definicije problema. V delovnem odnosu pomemben dialog o pomanjkanju in stiski vodi k razumevanju, ki družini omogoči ubesediti njeno zgodbo. Vendar poudarek ostane na težavah in na pomoči, da bi težave premagali.

V definicijo delovnega odnosa smo vnesli načelo instrumentalne definicije problema in rešitve, vendar šele uporaba vseh načel ustvari dober delovni kontekst.

Načelo vsestranske koristnosti govori o tem, da socialni delavec vzpostavi projekt za rešitve tako, da upošteva interese vseh udeleženi v problemu, kar pomeni, da dogovorjena rešitev vsem prinese uresničljivo korist. Je pomembno načelo, ki strokovnjaka zadrži in pelje naprej od dogovorjenega deleža v rešitvi. Vsestranska koristnost ni pričakovan izid. Uporabniki in strokovnjaki nismo nagnjeni k prepoznavanju koristi, zato je ravnanje po tem

načelu še ena uporabna strokovna odločitev. Načelo vsestranske koristnosti omogoči raziskovanje iz perspektive moči (Sallebey, 1997 v Čačinovič Vogrinčič, 2005: 50).

Načelo kontakta: Socialni delavec vzpostavi kontakt z vsemi udeleženi v problemu, vzpostavi neposredno komunikacijo z vsemi, ki so vpleteni v problem oziroma lahko prispevajo k rešitvi, saj spodbuja, omogoča in vzdržuje komunikacijo. Načelo kontakta omogoča, da postane razviden sistem udeleženi v problemu, ki ga spreminjamo in funkcionaliziramo.

Po načelih interpozicije opredelimo vlogo socialnega delavca, delavke med vsemi drugimi udeleženi v problemu. Interpozicija pomeni vlogo, ki mu jo omogoči spreminjanje bližine in oddaljenosti, empatijo in sočutje ali vsestransko pristranskost (Stierlin, 1987) in distance, ki je nujna za ravnanje, za ukrepanje, za projekt rešitve. Socialni delavec z empatijo pristopi k vsakomur – se pa tudi od vsakega oddalji k sebi, v socialnodelovno osebno vodenje, v načelu interpozicije to načelo usmerja socialnega delavca, da reflektira družino kot svoje ravnanje, kot socialno delo in prevzame konkreten primer ustvarjanja rešitev tako, da vanj vnese vse prispevke skupaj z lastnim razumevanjem situacije in doslej oblikovanimi predlogi, da bi se pogovor o možnih rešitvah nadaljeval.

Socialnoekološko načelo: govori o tem, da socialna delavka najprej aktivira, mobilizira, krepi naravne socialne mreže, uporabniku, ki nima naravne socialne mreže, jo pomaga oblikovati v naravnem socialnem kontekstu. Maksimalno najmanjšega možnega poseganja v naravne socialne mreže nas usmeri v skrbno tehtanje predlogov za trganje vezi ali grobo spreminjanje življenjskega okolja udeleženi.

Pogajanje: je kraljevska pot za reševanje kompleksnih socialnih problemov. Ustvarjanje rešitev je strukturirano kot pogajanje, ki ga vodi socialni delavec, upoštevajoč načelo interpozicije. Naloga socialnega delavca je vzdrževati proces oblikovanja sporazuma, uresničljivega dogovora o možnem.

Načelo sodelovanja: govori o sodelovanju s tretjimi, ki jih pri delu z družino potrebujemo. Tretji niso neposredno udeleženi v problemu, lahko pa potrebujemo njihovo sodelovanje, da bi ga rešili.

Načelo odpiranja problema; končno dovoli socialnemu delavcu, da tudi svojo nemoč podeli z udeleženi v problemu. Spodbuja nas, da si upamo prepoznati, če ne vemo, kam hočemo priti, in zaprosimo za pomoč. Za pomoč vedno lahko prosimo družino, lahko pa tudi druge strokovnjake (Čačinovič Vogrinčič, 2006: 49–51).

Rešitve raziskujemo v smeri spreminjanja odnosov. Do neke mere se v delovnem odnosu vedno dogaja socialno svetovanje; osebno, konkretno, tukaj in zdaj razvijamo rešitve v medosebnih odnosih in za medosebne odnose – vsakdanje, samoumevno. Lussi posebej poudari, da je za vsakdanje pomemben vsakdanji okvir, vsakdanji jezik. Strokovni jezik mora biti razumljiv, razviden, obvladljiv, klient pa ostaja kompetenten. Pogovor je zastavljen tako, da vsakdo razume svoj problem in alternativne rešitve, je pomembno mesto soočanja in novega iskanja. V pogovoru z družino je pomembno strukturiranje, ki pomeni osebno vodenje k rešitvam, vsakokrat, ko z načeli interpozicije preverjamo, kam hočemo priti, in usmerimo pogovor k uresničljivim rešitvam, strukturiramo »lebdenje« nemoči in nejasnosti. Sem sodi tudi družinski dialog k več razvidnosti in pogovor o hierarhiji moči, vlogah ali komunikacijskih vzorcih je tudi strukturiranje v procesu socialnega svetovanja. Po Lussiju (1991) je socialno svetovanje tudi mesto socialnega učenja, celo pridobivanja socialnih veščin. Vsakokrat bi to moralo biti priložnost za izkušnjo samospoštovanja in ravnanja s spoštovanjem drugih. Svetovanje temelji na delovnem dogovoru, zato vedno

pomeni skupno iskanje. Lussi obravnava tudi razliko med svetovanjem in nasvetom. Socialnodelovno ravnanje z nasvetom pomeni dvoje: prvič, da nasvet umestimo v kontekst, v katerem je bil dan in uporabljen in ga povežemo z osebno izkušnjo, drugič, pa da povabimo udeleženca, da pove, ali je nasvet zanj uporaben. Ob socialnem svetovanju pa so načini ravnanja še intervencija, priskrba oziroma oskrba oziroma suport in zastopanje.

O intervenciji govorimo takrat, ko socialna delavka poseže v družino brez njene privolitve, kot kadar klient ogroža sebe ali druge. Odločitev za intervencijo in njena izvedba sta najtežji nalogi socialnega delavca, nujni sta takrat, ko drugače ne moremo nikakor zaščititi žrtve ali je obvarovati pred grožnjo (nasilje v družini, zanemarjanje otrok). V takem primeru je naloga socialnega delavca, da ustavi ali prepreči nasilje in zavaruje žrtev. Odločitev za intervencijo mora biti dobro pripravljena in načrtovana, del izvirnega delovnega načrta pomoči, ki vsebuje tudi delovne korake poznejšega strokovnega dela, za življenje vseh udeleženih po intervenciji. Pogajanje kot mogoč način za ustvarjanje rešitev v socialnem delu z družino je tipično sistemsko ravnanje – produktivno je, a partnerje v reševanju problema obravnavamo kot pogajalske partnerje in v reševanje problema je treba vnesti pogajalske elemente. Za pogajanje se moramo odločiti skupaj z udeleženi v problemu. Naloga socialnega delavca je, da delovni odnos izrecno strukturira kot pogajanje in tudi pojasni pogoje zanj. Dober izid pogajanja je dogovor, v katerem vsi zmagajo. V pogajanje vstopi vsak udeležen z maksimalnimi zahtevami, vendar z zavedanjem, da bo moral kaj prispevati k zaželenemu razpletu. Socialni delavec dejavno sodeluje po načelu interpozicije, in sicer pri predlogih in preverjanju sprejemljivih rešitev. Pogosto je v vlogi pogajalca med udeleženi v pogajanju, v procesu osebnega vodenja k rešitvi. Pogajanje se mora končati z jasnim vpogledom v vse elemente problemov in rešitev, na podlagi katerih je sporazum dosežen. Pogajanje se konča z dogovorom, podpisati in dobiti ga morajo vsi udeleženi. Priskrba, ravnanje, ko socialna delavka družini nekaj nabavi ali priskrbi, je visoko kvalificirano visoko strokovno dejanje v procesu pomoči. Priskrba je kvaliteta pomoči, odvisna od delovnega odnosa in od tega, v kakšen in kako oblikovan izvirni delovni načrt jo umestimo oziroma kakšen je dogovor z družino o ravnanju z dobljeno pomočjo. Pri oskrbi, suportu, pa gre za to, da socialni delavec stoji družini ob strani v vsakdanjem življenju, da bi bila kos nalogam, ki jih mora opraviti, pa jih v tem času ne more. Zastopanje se uporablja takrat, ko klient sam nima dovolj socialne moči, da bi rešil svojo stisko ali obvaroval svoje pravice. V pogajalskih situacijah socialni delavec socialno krepi družino z znanjem z informacijami, ki os večini dostopne, družini na robu pa ne.

Pristop socialnega dela k reševanju družinskih problemov temelji na ustvarjanju pogojev za sodelovanje vseh udeleženih v problemu. V doktrini vedno znova poudarjamo pomen soustvarjanja rešitev z vsemi, ki so s problemom povezani. Vendar ostajajo problemi in naloge, ki zahtevajo ukrepanje tudi takrat, ko ni mogoče ali še ni mogoče vzpostaviti projekta sodelovanja (nasilje, zanemarjanje otrok). Sodelovanja ni mogoče vzpostaviti, kadar gre za nasilje, prednostna naloga je, da se družina zaščiti (Čaćinovič Vogrinčič, 2005: 51–57).

5.7.2 *Ravnanje iz perspektive moči*

Ravnanje iz perspektive moči pomeni, da se resnično poveča socialna moč posameznika ali družine in individualna oziroma družinska kompetentnost za premagovanje težav ter odkrivanje in uporabo posameznikovih družinskih virov moči. Tako delamo v socialni

mreži in institucijah, ker je le tam mogoče doseči spremembe, po drugi strani pa v delovnem odnosu sprašujemo po tem, kaj uporabniki zmorejo, na kaj so se doslej opirali, kje so njihove močne strani, in tam zastavimo pomoč. Izkušnjo moči omogočimo, če ravnamo z ljudmi spoštljivo, če v delovnem odnosu prispevamo k njihovemu samospoštovanju in dostojanstvu.

Z leksikonom moči (Saleeby, 1997) bolj razumemo, kakšno delo nas čaka in kako težko delo je to.

Socialna krepitev: namen in proces, v katerem podpiramo posameznike, skupine, družine, da odkrijejo orodja v sebi in okoli sebe. Moč posameznika, družine, skupnosti je obnovljiva, mogoče jo je razširiti, moč posameznika odkrijemo in podpremo v skupnosti. Zato socialno delo v projektih pomoči vedno posega na raven družbe, pokaže na krivice in omejitve iz sistema, pravnega reda ali delovanja institucije. Pomeni socialno krepitev ljudi, ki imajo malo socialne moči v medosebnih odnosih, in tudi ukrep ozaveščanja, podpore in spreminjanja.

Včlanjenost: iskanje potrebe človeka, da je državljan, da je odgovoren in cenjen član skupnosti, in če ni ukoreninjen, če nima kje biti in komu pripadati, potem je strokovna naloga biti vključen, in zato varen prvi korak k moči.

Okrevanje temelji na spoznanju, da ljudje in skupnost okrevajo in lahko premagajo tudi težke življenjske udarce. Koncept okrevanja ne zmanjša udarcev, ampak le človekovo moč, da okreva. Ljudje in skupnost si lahko opomoremo. Saleeby dokazuje, da je človek naravnan k celjenju oziroma da ima sposobnost ozdraveti (Čačinovič Vogrinčič, 2006: 57–58).

Gabi Čačinovič Vogrinčič pa dodaja k leksikonu moči še Salamonove nove strategije za prakso socialnega dela (2006: 70–72).

Usposabljanje: družina potrebuje pomoč, da bi usposobila svoje lastne vire. Zajema ukrepe socialnega delavca, ki družino usposablja, da bi uporabila svoje lastne vire (dodatne informacije, vzpostavljanje kontakta z ustreznimi ustanovami).

Povezovanje temelji na domnevi, da lahko družina poveča svojo moč, če se poveže z drugimi, ki imajo podobne probleme, in tako oblikuje skupino za samopomoč in skupino pritiska.

Kataliziranje temelji na ugotovitvi, da obstajajo družine, ki imajo svoje vire moči, potrebujejo pa dodatne vire, da bi jih lahko uporabili.

5.7.3 Pogovor v socialnem delu z družino

Skozi pogovor vzpostavimo delovni odnos, ker v njem govorimo jezik socialnega dela, ker zagotavlja instrumentalno definicijo problema in skupno raziskovanje možnih rešitev. V prvem pogovoru z družino je vse, kar se v delovnem odnosu med socialnim delavcem in družino zgodi, to je stvarnost, s katero se soočimo, prevzamemo odgovornost, sklenemo dogovor, v njem delamo red, da bi bolje vedeli, kaj počnemo, in omogočili želene spremembe. V njem se zgodi konfrontacija, žalovanje, zbliževanje, sprava. V prvem pogovoru z družino vzpostavimo delavni odnos, sprejmemo dogovor o sodelovanju in začnemo delo na instrumentalni definiciji problema in soustvarjanju rešitev. Socialni delavec je režiser, ki na osebni način, v delovnem odnosu vodi pogovor skozi faze, je odgovoren za to, da naredi red in postavi smernice za razlago stvarnosti. Njegova naloga je strukturirati pogovor v smeri zelenih razpletov, je del terapevtskega sistema, vendar mora

ostati v interpoziciji ter v pogovoru iti naproti vsakemu članu družine in se zavzeti za vsakogar. Vsakemu članu mora dati občutek, da je pomemben in dragocen v skupnem delu. Pomembno je, da v procesu pomoči odkrije moč družine, vire energije ter že oblikovane poskuse za spreminjanje.

Pogovor z družino ima tri faze: v prvi vzpostavimo delovni odnos na instrumentalen način, opredelimo problem v dogovoru z družino. V drugi fazi je treba opredeliti stvarnost, jo narediti razvidno in integrirati poimenovano, povzeti strukturirano ter formulirati, kar sta skupaj odkrila družina in socialni delavec. V tretji fazi se pogovor z družino sklene z dogovorom o zaključkih in nadaljevanju oziroma z dogovorom o nadaljnjem delu, o izvirnem delovnem projektu pomoči (Čačinovič Vogrinčič, 2006: 61–62).

5.7.4 Socialno delo z družino v skupnosti

Načrtovanje pomoči družini mora prispevati tudi k vključenosti v socialno okolje in k večji socialni moči družine. Načrtovanje pomoči za akutne stiske in težave potrebuje v skupnosti¹⁶ mreže, skupine za samopomoč, institucije, ki prispevajo svoj delež. Učinkovita pomoč družini potrebuje v skupnosti sogovornike in sodelavce za oblikovanje izvirnega delovnega projekta pomoči. To so lahko obstoječe ustanove (CSD, materinski dom) ali na novo oblikovane skupnosti. Pomembno je, da v skupnosti obstajajo jedra, s katerim se lahko povežemo v procesu pomoči družini, da je socialno delo v temelju usmerjeno v skupnost in da imajo socialni delavci strokovno znanje in pripravljenost za ustvarjanje novih možnosti v skupnosti. Pomemben del procesa pomoči je lahko spodbuda in podpora družini oziroma posameznemu članu, da se vključi, postane del skupnosti in izkoristi vire svoje življenjske mreže.

V socialnem delu v skupnosti potrebujemo izviren delovni načrt pomoči, ki temelji na novih znanjih in omogoča nove oblike grajenja skupnosti. Pomeni dialog med posamezniki, družino, med skupinami, v skupnosti, zato da stečejo procesi sporazumevanja. Socialni delavec skupaj z uporabnico raziskuje njegove vezi v skupnosti, kar pomeni, da ob pomoči socialnoekološkega načela najprej aktivira, mobilizira naravne socialne mreže uporabnika (družina, prijatelji, sosedje) oziroma da razvije socialno mrežo zase pomembnih odnosov, da se razišče, kaj ima na voljo, in izdela projekt pomoči, v katerem bo mogoče na novo razviti pomembne socialne odnose. Pri tem pa moramo upoštevati maksimo najmanjšega možnega poseganja v naravne socialne mreže (Čačinovič Vogrinčič, 2006: 71–74).

¹⁶ Skupnost je konceptualizirana kot naravna socialna mreža pomembnih odnosov, ki jih zaznamujejo razumevanje, pristnost, povezanost, skupni pomeni, pripadnost, zaveza. Je socialna mreža, v kateri poteka pomembna kontinuirana interakcija z ljudmi, s katerimi posameznik doživi občutek skupnosti, s katerimi je vsak svoj. To je skupina, ob kateri občutimo pripadnost, ljubljenost, varnost. Skupnost daje kontekst za podporo in opogumljanje ter vključuje stvari, kot so udeležnost v skupini, sodelovanje, navezanost in povezanost (Blow, Timm, 2002 v Čačinovič Vogrinčič, 2006: 70).

1. PROBLEM

Zaposlena sem na Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, kjer se dnevno srečujem z materami, ki imajo težave z uživanjem prepovedanih drog. Iz njihovih pripovedi ugotavljam, da se velikokrat znajdejo v stiski. Predvsem takrat, ko se odločijo za abstinenco, se srečajo z občutki krivde, samoobtoževanjem, prav tako se velikokrat ne znajdejo v vlogi matere, ne vedo, kaj početi z otrokom, kako zanj skrbeti, kako postavljati meje. Dvomijo o tem, ali so sposobne biti matere. Na drugi strani pa se srečujejo z nezaupanjem in obsojanjem okolice in tudi strokovnih služb.

V tej nalogi sem želela iz perspektive mater uživalk prepovedanih drog ugotoviti, kako doživljajo nosečnost, rojstvo otroka in vlogo matere, s kakšnimi problemi in stiskami se srečujejo med nosečnostjo, ob rojstvu otroka in pozneje v vlogi matere, kakšne oblike pomoči jim ponujajo institucije in kakšne oblike pomoči si matere, odvisne od prepovedanih drog, želijo, kako doživljajo odnos institucij in strokovnih delavcev, s katerimi prihajajo v stik, ali se njihov življenjski slog oziroma odnos do odvisnosti z nosečnostjo in rojstvom otroka spremeni (odnos do droge, socialna mreža, partnerski odnos, gmotni položaj) ter kakšne oblike pomoči si želijo ter bi jih potrebovale v odnosu do sebe in do otroka.

V tej magistrski nalogi sem si postavila naslednje delovne teze:

Teza: Matere, odvisne od prepovedanih drog, bi potrebovale tako pomoč pri zdravljenju odvisnosti kot tudi pomoč pri vzpostavljanju vloge matere.

Teza: Materinstvo pri ženskah, odvisnih od prepovedanih drog, pripomore k zmanjšanju uživanja prepovedanih drog.

Teza: Materam, odvisnim od prepovedanih drog, pri vzgoji in negi otroka pomaga razširjena družina, pomoč partnerja oziroma otrokovega očeta je minimalna.

Teza: Matere, odvisne od prepovedanih drog, ne zaupajo institucijam in strokovnim delavcem.

Teza: V Sloveniji ni programa, ki bi hkrati ponujal pomoč materam, ki imajo težave z odvisnostjo, in pomoč pri vzpostavljanju materinske vloge.

Cilj raziskovalnega dela so bili:

- dobiti informacije o številu mater, odvisnih od prepovedanih drog, ki so vključene v obravnavo na centrih za socialno delo in centrih za preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog na območju Slovenije,
- dobiti informacije, katere oblike pomoči prejemajo matere, odvisne od prepovedanih drog, na centrih za socialno delo in centrih za preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog,
- dobiti več informacij predvsem iz perspektive mater odvisnic o tem, kako doživljajo materinstvo,
- s kakšnimi stiskami in težavami se srečujejo med nosečnostjo, ob rojstvu otroka in po porodu,
- ali se njihov odnos do odvisnosti ter odvisniški slog življenja z rojstvom otroka spremeni,
- kakšno obliko pomoči in obravnave prejemajo od ustanov,

- kakšno obliko pomoči in obravnave bi potrebovale ter kakšni so njihovi predlogi in želje,
- končni cilj raziskave je prispevati k oblikovanju izvirnega delovnega projekta pomoči, namenjenega materam in njihovim otrokom, ki bi ustrezala njihovim in interesom in potrebam, ter s tem poskusiti zajeti vse elemente postmoderne prakse socialnega dela (perspektiva moči, delovni odnos, soustvarjanje v sodelovanju, socialna mreža podpore).
-
-
-
-
-
-
-

2. METODOLOGIJA

7.1. Vrste raziskave

V raziskavi sem uporabila kvalitativne in kvantitativne metode. Za pridobitev podatkov sem uporabila delno strukturirane intervjuje, na podlagi katerih sem analizirala razgovore in življenjske zgodbe. V okviru kvalitativne raziskave sem kot metodo zbiranja empiričnega gradiva uporabila metodo spraševanja kot delno strukturiran intervju, temelječ na okvirnih temah, in ne na podrobnih vprašanjih. Materam sem postavljala odprta vprašanja. Kvalitativna raziskava je tista, pri kateri sestavljajo osnovno izkustveno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu, besedni opisi ali pripovedi (Mesec, 1998: 26). Osnovne enote analize so pojmi. Gradivo sem obdelala in analizirala na besedni način, brez uporabe merskih postopkov, ki dajo število, in brez operacij med njimi.

Poleg tega sem opravila krajšo kvantitativno raziskavo, v katero sem vključila 21 substitucijskih programov oziroma centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog ter Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog ter 62 centrov za socialno delo na območju Slovenije.

S kvantitativno raziskavo sem želela pridobiti informacije:

- Kolikšno je število mater, odvisnih od prepovedanih drog, vključenih v program pomoči na centrih za preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog ter na centrih za socialno delo?
- Kakšne oblike pomoči teh ustanov prejemajo matere, odvisne od prepovedanih drog?
- S kakšnimi težavami se srečujejo strokovni delavci pri delu z materami, odvisnimi od prepovedanih drog?

7.2. Populacija

Opravila sem sedem poglobljenih intervjujev ter analizirala življenjske zgodbe mater, ki imajo težave z odvisnostjo. Vse intervjuje sem opravila na Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki je del psihiatrične klinike. To je hospitalni del zdravljenja, v katerega se vključujejo uporabniki, ki so se odločili za abstinenco. Hospitalni del zdravljenja traja tri mesece. Model pomoči ni samo medicinski, ampak je tudi psihoterapevtski. Vse intervjuvanke sem poznala že od prej, saj so že nekaj časa vključene v program pomoči na Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, kjer sem zaposlena kot socialna delavka. Matere so bile v času intervjujev hospitalizirane ali vključene v ambulantno obravnavo. Vključitev v intervjuje je bila prostovoljna, z vedenjem, da bodo njihove identitete skrite. Vse intervjuje sem opravila med februarjem in majem 2009. Zaradi lažjega pregleda sem osnovne podatke o materi in otroku prikazala v tabeli 7.2.2.

Tabela 7.2.2.; Osnovni podatki o intervjuvankah

<i>osnovni podatki</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<i>starost matere</i>	36	28	27	24	26	32	31
<i>starost otroka</i>	4	3	5	1,5	8 mesecev	6	6
<i>gospodinjstvo</i>	sama z otrokom	sama z otrokom	mati, oče, otrok	partner, otrok v rejništvu	mati, oče, njen otrok in sestrin otrok	partner, otrok	partner, otrok
<i>partnerstvo</i>	samska	samska	samska	partner	samska	partner	partner
<i>način obravnave</i>	hospitalizacija	ambulantna obravnava	ambulantna obravnava	ambulantna obravnava	hospitalizacija	ambulantna obravnava	ambulantna obravnava
<i>trajanje odvisnosti</i>	18 let	8 let	10 let	5 let	7 let	15 let	14 let
<i>število zdravljenj</i>	3	2	3	1	1	2	4
<i>trenutni odnos do droge</i>	abstinenca	občasno uživanje kokaina	substitucijska terapija, alkohol	substitucijska terapija	substitucijska terapija, benzodiazepini	abstinenca	substitucijska terapija, marihuana

V okviru kvantitativne raziskave pa so bili vprašalniki naslovljeni na strokovne delavce, zaposlene na centrih za socialno delo in na centrih za preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog, ki se pri svojem delu srečujejo z materami, odvisnimi od prepovedanih drog.

7.3. Merski instrumenti in viri podatkov

Vseh sedem intervjujev sem opravila osebno, z uporabo odprtega vprašalnika, ki sem ga sestavila sama po posameznih sklopih, prilagojenih temam, ki so me zanimalo. Vsi intervjuji so bili posneti na diktafon. Doma sem jih v celoti pretipkala. Vsi intervjuji so bili narejeni v prostorih Centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Trajali so od ene ure do dveh ur.

V okviru kvantitativne raziskave pa je bilo poslanih 62 vprašalnikov na vse centre za socialno delo na območju Republike Slovenije. Najprej sem vprašalnike poslala po pošti. Zaradi zelo majhnega števila vrnjenih odgovorov sem potem še dodatno poskusila navezati stik s strokovnimi delavci po telefonu in elektronski pošti. Kljub vsemu trudu sem na koncu dobila le 41 odgovorov iz različnih centrov za socialno delo po Sloveniji. Prav tako je bilo poslanih 20 vprašalnikov na vse centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Dobila sem 17 vrnjenih odgovorov. Prav tako sem upoštevala število mater, ki so vključene v program Centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, kjer sem opravila tudi intervjuje. Vse dobljene odgovore sem dobesedno prepisala v dve tabeli, ki sta v prilogi.

7.4. Obdelava in analiza podatkov

Opravljena je bila kvalitativna analiza empiričnega gradiva.

a) Izbor relevantnih delov besedila in določitev enot kodiranja

Iz zapisanega intervjuja 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 zastavljene teme.

b) Kodiranje izjav

Najprej sem za vsako od sogovornic oblikovala tabelo, kamor sem vnesla izbrane (podčrtane) dele besedila oz. izjave. Pozneje sem vsaki izjavi pripisala vsebinsko ustrezne pojme.

Tabela 7.4.3.; Primer vsebinskega kodiranja

<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>	veselje ob novici zaželen 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, če ne bi bila noseča bi že prej recidivirala</i>	nosečnost kot motivacija za abstinenco želja po drogi v času nosečnosti
<i>I Meni je bila v času nosečnosti zelo težko vzdrževati abstinenco, zato ker sem bila najprej na antidepresivih, ko sem izvedela, da sem noseča sem takoj nehala</i>	prekinitev jemanja zdravil zaradi nosečnosti
<i>I Ampak sem vedela da ne smem nič vzet , če ne bila noseča bi že prej recidivirala.</i>	nosečnost kot motivacija za neuživanje droge
<i>I 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, 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>	partnerjeva odvisnost partnerjevo prikrivanje uživanja droge
<i>I Ful sem bila živčna non stop sem jokala mogoče, doktor me je hotel že dati na metadon, na majhno dozo, nekako potem nisem hotela, ni mi bilo.</i>	živčnost težave z razpoloženjem v času nosečnosti
<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, ker se edina ukvarja z materami odvisnimi od prepovedanih drog.,</i>	ginekologinji povedala za odvisnost 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

c) Ureditev izjav po kodah in združevanje v kategorije

Posamezne izjave, ki so sovpadale glede na vsebinske sklope, sem združila v kategorije in jih razvrstila glede na že prej določene teme in nato v podteme.

Primer ureditve izjav po kodah in združevanja v kategorije:

Vzgoja otroka

– popuščanje

- 2 prej nisem skrbela zanjo, kot bi morala, zato ji zdaj vedno popustim
- 2 S hčerko imam težave takrat, ko nekaj hoče in ne popusti
- 3 da mora pospraviti igrače nekaj časa ji govorim potem se mi zasmili in vedno jaz pospravim
- 7 Večkrat popustim, bolj trdna bi mogla biti

– težave pri postavljanju meja

- 1 Najhujše mu je reči ne, ker imam slabo vest, ker sem se drogirala
- 1 Bolj bi morala postaviti meje, njemu in sebi
- 2 Ne znam postavljati mej, čeprav se odločim da ji ne bom kupila me zmeraj prepriča
- 3 Najtežje pri vzgoji mi je postavljati meje če me ne uboga
- 7 Včasih rečem ja samo, da se ne skregava

– kompenzacija zaradi občutkov krivde

- 1 Če mi kupiš kar hoče, meni je ful lažje če mu kupim, da je vesel vsaj 5 minut ker hočeš neki kompenzirat in misliš, da boš to nadomestil
- 2 Vsak dan ji nekaj kupim kinder jajčko, čokolado enkrat na teden pa nekaj konkretnega barbiko risanko,
- 3 Potem mi je žal in potem ji vse v rit tiščim, vse ji kupim

– prepoznavanje vedenjskih težav otroka

- 2 tamala se večkrat zlaže, tudi partnerju se je zlagala, da jo tepem pa jo ne
- 2 hčerka je precej nemirna, težko se skoncentrira, težko se umiri, hitro se naveliča vsega, v vrtcu so ji rekli, da je hiperaktivna
- 2 ko je prišel iz zapora, je bilo hudo, takrat postane še bolj razdražljiva, začela je ponovno moči posteljo, ni me ubogala, tudi v vrtcu so opazili, da nekaj ni v redu
- 3 Me ne uboga. Je zelo trmasta če kaj ne dobi kar udari in očeta in mamo začne pljuvat, uporniška, je zelo živa skozi neki dela, razmetava, ne moreš niti pospravljat skozi neki novega
- 6 Iste posledice ima kot jaz, da hitro ven pade

– uvid, da morajo najprej poskrbeti zase

- 5 Jaz moram najprej poskrbeti za sebe, da se bom lahko ukvarjala s hčerko
- 6 Jaz se moram spremenit, na drugačen način reagirat, če bi jaz bila potrpežljiva bi tudi on bil

– pomanjkanje potrpežljivosti

- 1 Včasih me spravi ob živce
- 2 Postanem živčna, nanjo kričim
- 3 Sem še jaz nervozna. se derem na tamalo, potem mi je žal in potem ji vse v rit tiščim
- 6 me začne izzivat in jaz rečem saj je v redu. Ampak to ni v redu, ker so to v meni nabira in potem počim.

– pomanjkanje volje za ukvarjanje z otrokom

- 7 Včasih se mi zdi, da imam premalo volje, lahko bi se z njo še bolj ukvarjala, kot se, čeprav drugi pravijo, da se

– izogibanje fizičnim kaznim

- 2 nikoli jo ne tepem razen enkrat, ko sem jo s kuhalnico, ker je bila neznosna
- 7 Če me ne uboga ji povem na lep način nič ne kričim, ne dajem ji kazni, ne zdi se mi neprimerno, men te kazni niso všeč

3. REZULTATI IN RAZPRAVA KVALITATIVNI DEL

8.1 Nosečnost

8.1.1 Načrtovanje nosečnosti

Vse intervjuvanke so povedale, da je bila nosečnost nenačrtovana in nenapovedana (*Zanosila sem nenapovedano*). Nenačrtovana nosečnost je pri uživalkah drog velikokrat povezana z izostankom menstruacije. Menstruacija naj bi namreč kazala, da ženska ni noseča. Ob izostanku menstruacije morda uživalka drog ne ve, ali je to povezano z uživanjem drog ali z nosečnostjo (*ker sem imela prvi mesec nosečnosti še menstruacijo tri dni, nisem polagala pozornosti na to, ker sem imela tudi že kdaj prej bolj šibko menstruacijo*). Nekatere odvisnice od prepovedanih drog zmotno mislijo, da se zaradi drog in izostanka menstruacije zmanjša plodnost, in so tako pri spolnih odnosih manj previdne. Predvidevamo lahko, da uporabnice prepovedanih drog znake nosečnosti težko prepoznajo, kar je povedala tudi ena od mater (*jaz ko sem bila noseča, ko sem bila že noseča, pa nisem vedela, da sem noseča, ker sem imela probleme z menstruacijo, imela sem neredno menstruacijo, ampak kot da bi neki čutila, da se dogaja v meni*).

Včasih znake nosečnosti povezujejo z abstinencijskimi znaki, zato pozno ugotovijo, da so noseče. (*Šla sem k ginekologinji na pregled, kjer je ona ugotovila, da sem že šest tednov noseča*.) Raziskave kažejo, da nosečnica, odvisna od prepovedanih drog, pride na prvi pregled šele po pretečenem trinajstem tednu, medtem ko jih je v splošni populaciji takih manj kot 16 %. Takrat je plod že tako velik, da prepoznajo spremembe in se odpravijo na pregled (Kastelic in drugi, 1999). Čeprav je bila nosečnost nenačrtovana, niso razmišljale o splavu (*takrat mi na kraj pameti ni padlo, da bi naredila splav*). Nekatere pa prav zaradi prepozno odkrite nosečnosti ne morejo narediti splava, zato so prisiljene obdržati otroka. (*Prvič ni bil načrtovan otrok, drugič je bilo še bolj tako, sem šla na komisijo, ker sem hotela narediti splav, nisem, vedela, da sem že toliko noseča, ker sem imela prvi mesec nosečnosti še menstruacijo tri dni in nisem polagala pozornosti na to, ker sem imela tudi že kdaj prej bolj šibko menstruacijo*). Kljub nenapovedani in pozno ugotovljeni nosečnosti pa so na koncu nosečnost in otroka sprejele in je bil otrok zaželen. (*Nisem mogla verjeti, da je to možno, to je bil najsrečnejši dogodek*). V eni od raziskav je bilo ugotovljeno, da je kar 48% žensk poročalo o tem, da so bile vesele novice, vendar jim je ta dogodek odprl mnogo dilem, kot so občutki krivde, groze, strah, kaj bo z otrokom, prestrašenost, ali bodo zmogle skrbeti za otroka itd. (Klee, Jackson, 2006).

Skozi intervjuje lahko sklepamo, da so matere kljub nenačrtovani nosečnosti večinoma želele obdržati otroka. Ponavadi dokaj pozno ugotovijo, da so noseče, in so hkrati presenečene, da se jim je to zgodilo. Verjamejo, da so za čas uživanja droge zaščitene ter da droga deluje kot kontracepcijsko sredstvo. Tiste, ki bi želele narediti splav, pa so prepozno prepoznale nosečnost, vendar so potem tudi to sprejele.

8.1.2 Strategije zmanjševanja škode

Ideja tako mater in tudi strokovnih delavcev je, da je nosečnost priložnost, ko lahko ženska preneha uživati drogo. Čeprav je motivacija velika, je abstinenco težko vzdrževati. Na podlagi intervjujev pa ugotavljamo, da je vsem intervjuvankam med nosečnostjo uspelo prenehati uživati prepovedano drogo ter so vso nosečnost vzdrževale abstinenco ali pa so bile stabilne na substitucijski terapiji. Nekatere so pozno ugotovile, da so noseče, tako da je bil otrok v prvih tednih nosečnosti izpostavljen drogam. Vse sogovornice so poročale o tem, da so že v času nosečnosti skrbele za nerojenega otroka ter na več načinov poskušale zmanjšati škodo, ki jo lahko povzroči odvisnost in tvegana vedenja. Uporabile so različne strategije zmanjševanja škode:

Med nosečnostjo so tri intervjuvanke vzdrževale abstinenco, dve sta prekinili z uživanjem, takoj ko sta izvedeli za nosečnost (*ko sem izvedela, da sem noseča, sem takoj nehala uživati drogo*). To sta naredili iz prepričanja, da s tem koristita nerojenemu otroku. Materi sta to naredili brez posvetovanja s strokovnim osebjem. Po mnenju strokovnjakov pa je nenadna opustitev uživanja drog ali substitucijske terapije precejšnje tveganje za plod, še zlasti če je opustitev droge nenačrtovana in brez zdravniškega nadzora zdravnika. Opustitev droge lahko povzroči smrt otroka ali prezgodnji porod (Kastelic in drugi, 1999). Ena od intervjuvank je abstinenco vzdrževala že pred nosečnostjo, ker je ravno prišla z zdravljenja. Med nosečnostjo je sicer imela močno izraženo željo po drogi, vendar ji je kljub temu uspelo celo nosečnost abstinitirati (*če ne bi bila noseča, bi že prej recidivirala*).

Preostale štiri matere pa so bile med nosečnostjo stabilne na substitucijski terapiji (*sem celo nosečnost vzdrževala stabilno dozo metadona*), kar po mnenju različnih strokovnjakov pomeni boljšo odločitev za mater in za nerojenega otroka. Z vzdrževanjem abstinence od prepovedanih drog oziroma s stabilnostjo na substitucijski terapiji postane življenjski slog bolj urejen, kar pomeni boljše zdravje, boljše prehranjevanje in manj stresa. Substitucijsko terapijo so uživale pod nadzorom zdravniškega osebja, razen ene matere, ki ni bila nikjer v obravnavi ter si je metadon kupovala na črnem trgu. Kljub temu se je posvetovala, kaj je za otroka najboljše (*sem potem klicarila naokoli, kako pa kaj, in so mi potem povedali, da na tej dozi, kot sem, moram to vzdrževati ...*). Matere, ki so bile vključene v substitucijski program, so upale, da bodo s tem olajšale krizo otroku ter naredile manjšo škodo plodu.

Raziskave so pokazale, da imajo tiste matere, ki so vključene v metadonski program in se uspejo v času nosečnosti držati predpisane doze, manj težav z duševnim zdravjem, so bolj zadovoljne s prenatalno oskrbo ter se bolj pripravijo na rojstvo otroka (Lewis, 2002). To lahko potrdimo tudi pri naših sogovornicah, saj so tiste, ki so bile v redni obravnavi v substitucijskih programih, pridobile več informacij, niso bile obremenjene s skrivanjem odvisnosti ter se držale nasvetov zdravnika ter bolj skrbele za svoje zdravje.

Ženske, ki med nosečnostjo kadijo, povečujejo negativne učinke na plod ter verjetnost pojavljanja vedenjskih ter zdravstvenih težav pri otroku. Kajenje matere je povezano z nižjo porodno težo otroka in je pogostejše med ženskami s socialnimi težavami in osebnimi stiskami ter med ženskami, ki imajo težave z odvisnostjo (Drglin, 2003). V splošni populaciji naj bi povprečno kadila vsaka peta ženska, med ženskami, odvisnimi od prepovedanih drog, pa naj bi jih kadilo več kot 70 % (Bregant, 2003). Iz intervjujev lahko sklepamo, da so matere med nosečnostjo omejile kajenje, kar pomeni, da so se zavedale njegove škodljivosti (*tudi kajenje sem zmanjšala, pokadila sem 10 cigaret. / Sedaj med*

nosečnostjo kadim ampak tisto minimalno, toliko da kakšnega pokadim). Ena od njih pa je kajenje sprejela kot manj škodljivo vedenje kot samo uživanje droge, zato je celo nosečnost kadila (*Z drogo sem nehala, ko sem izvedela za nosečnost, celo nosečnost pa sem kadila*).

Vse pomembne informacije so pridobile pri strokovnem osebju, največkrat v substitucijskem programu ali pri ginekologu. Poučile so se o tveganjih in posledicah, ki jih ima droga na plod (*Imela sem vse informacije o tem kako droga vpliva na plod, kakšne so posledice uživanja droge*), o jemanju in reguliranju substitucijske terapije (*Vse informacije v zvezi z metadonom, koliko ga moram jemati, kako vpliva lahko droga na dojenčka, mi je dal psihiater v metadonskem centru*), upoštevale so nasvete strokovnega osebja (*striktno se držim tega, kar mi reče zdravnik*). Ena izmed njih pa informacij od strokovnega osebja ni dobila (*Med nosečnostjo nisem dobila nobenih informacij kako droga vpliva na otroka*). Nasvete in informacije so iskale tudi pri drugih uživalkah prepovedanih drog, vendar so bolj spoštovale nasvete strokovnega osebja (*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*).

Med nosečnostjo so intervjuvanke skrbele za svoje zdravje (*Zelo sem se čuvala med nosečnostjo*) ter redno hodile na ginekološke preglede ali celo pogosteje, kot je bilo potrebno, ter na tak način želele preverjati, ali je z otrokom vse v redu (*Ko sem bila noseča, sem na vsake tri tedne hodila na ultrazvok, ker me je bilo strah, zdravnica me je naročala na 5 tednov, jaz pa sem želela bolj pogosto ali pa če sem se čudno počutila, ker sem imela že pri 7 mesecih popadke, sem poklicala in so me dali na ultrazvok*). Krek-Mišigoj (1994) ugotavlja, da več kot polovica odvisnih žensk ne opravi med 5 in 11 ginekoloških obiskov, medtem, ko je v splošni populaciji tri četrtine žensk s tolikšnim številom obiskov. Tega na podlagi naših intervjujev ne morejo potrditi, saj kažejo, da so matere celo večkrat hodile na ginekološke preglede, saj jim je to pomagalo zmanjšati strah in skrb za nerojenega otroka. Ena od mater je obiskovala tudi materinsko šolo.

8.1.3 Počutje

Starševstvo lahko pomeni stresni in krizni dogodek v življenju ženske, ki ima težave z odvisnostjo. Gre za stresno obdobje, ko se je treba nosečnosti in materinstvu popolnoma prilagoditi ter spremeniti življenjski slog, kar pa pomeni za žensko, odvisno od drog, dodatno obremenitev, ki jo lahko pelje v porušenje duševnega zdravja in depresijo. Po raziskavah sodeč so nosečnice, odvisne od prepovedanih drog, bolj ranljive in pri njih obstaja večje tveganje za razvoj depresije med nosečnostjo in po rojstvu otroka, to je lahko povezano tudi z zmanjšanjem količine metadona ali popolne prekinitve uživanja drog (Cowan, Cowan, 1995).

Med nosečnostjo so se intervjuvanke soočale s slabim psihičnim, nekatere pa tudi s slabim fizičnem počutjem. Navajale so nihanja v razpoloženju (*Med nosečnostjo sem imela težave s hormoni, da sem bila dosti bolj čustvena, pa glede razpoloženja se mi je spreminjalo*), depresivno počutje (*Ful sem bila živčna, non stop sem jokala*) in osamljenost (*ker sem bila noseča, njega ni bilo nič doma, skoz sem bila sama*). Obremenjene so bile z občutki krivde (*Pekla me je vest, da sem na metadonu in da bom mamica*) ter s strahom, da bo z otrokom kaj narobe (*Med nosečnostjo me je bilo zelo strah, kako bo z otrokom*).

V času prehoda v materinstvo se ženske, odvisne od prepovedanih drog, srečujejo še z dodatnimi problemi kot druge nosečnice, kot so odvisnost, neurejen življenjski slog, socialna izolacija ter skrb, ali bo z otrokom vse v redu, to pa jim povzroča še dodatno duševno stisko (Klee, Jackson, 2006: 45). Slabo fizično počutje so navajale tiste, ki so bile vključene v substitucijsko terapijo. Zaradi znakov nosečnosti (slabosti) so se večkrat soočale tudi z abstinenco krizo (*pri prvi nosečnosti sem morala metadon po žlički pit, sem ga večkrat izbruhala*).

Večina mater je navajala tudi strah pred porodom, bolečino, pred neznanim (*Strah me je bilo, nisem vedela točno, kako bo*), predvsem jih je skrbelo, ali bo otrok nosil posledice odvisnosti (*Zelo me je bilo strah poroda, ko sem imela popadke, sem skoraj doma rodila, ker sem mislila, da je kaj narobe*).

8.1.4 Odnos do odvisnosti

Vse intervjuvanke so med nosečnostjo zmanjšale ali pa prenehale uživanje drog, kar kaže, kako visoka je bila v tistem času njihova motivacija. Dvema bodočima materama je uspelo, takoj ko sta izvedeli, da sta noseči, popolnoma prekiniti uživanje droge (*Takrat sem aktivno uživala drogo, ko sem izvedela, da sem noseča, sem takoj nehala*), eni pa je kljub močno izraženi želji po drogi skozi vso nosečnost uspelo vzdrževati abstinenco (*mi je bilo težko abstimirati, če ne bi bila noseča, bi že prej recidivirala. Doktor me je hotel že dati na metadon, na majhno dozo, nekako potem nisem hotela, ni mi bilo*).

Preostale so bile stabilne na substitucijski terapiji, vendar jim je med v nosečnosti uspelo znižati odmere (*vendar sem zmanjšala odmere, prej sem pila 120 mg, v času nosečnosti pa 30 mg metadona*). V eni od raziskav so ugotovili, da si je 60 % intervjuvanih žensk v nosečnosti prenehalo injicirati drogo, kot glavni razlog za prenehanje so navajale nosečnost in skrb za otroka (Lewis, Jackson, 2002). V tem času matere postavijo otroka na prvo mesto, pred drogo, kar se mogoče v času odvisniškega življenja zgodi prvič. Prepričane so tudi, da materinstvo in droga ne gresta skupaj (*da sem se drogirala do tistega dne, ko sem izvedela za nosečnost, takrat sem rekla: otrok raste v meni, ne smem se drogirati*).

Čas nosečnosti je tudi čas, ko mogoče začnejo prvič razmišljati o zdravljenju in spremembi življenjskega sloga (*Z nosečnostjo se je veliko spremenilo, prej nisem razmišljala o tem, da bi se vključila v kakšen program, takrat sem začela premišljevali, da nekaj naredim*). Tudi v eni od raziskav (Lewis, Jackson, 2002) je kar 77 % mater menilo, da je nosečnost priložnost, ko lahko nekaj naredijo glede uživanja droge, dokler je njihova motivacija še visoka.

8.1.5 Partnerski odnos

Že pred nosečnostjo so bile vse intervjuvanke v daljši partnerski zvezi. Med nosečnostjo sta dve prekinili partnersko zvezo, ena ob novici, da je noseča (*in potem glih tisti trenutek, ko sem ugotovila, da sem noseča, sva se razšla*), druga pa je prekinila zvezo zaradi partnerjevega nasilja in v korist nerojenega otroka (*ko sva šla narazen, sem vedela, da moram iti tudi zaradi otroka, nikoli ni bil nasilen, vendar me je psihično matral*). Druge matere so ostale v isti partnerski zvezi vso nosečnost. Štiri matere so poročale o partnerjevem veselju ob novici, iz tega lahko sklepamo, da je bil tudi pri partnerju otrok

zaželen (*najprej je bil presenečen potem pa vesel*). Podpora partnerja v nosečnosti naj bi bil tudi eden od pomembnih dejavnikov, ki pozitivno vplivajo na potek nosečnosti (Carlsson, 2006).

Pri nekaterih so bili v partnerskem odnosu prisotni konflikti, ki so bili povezani predvsem s uživanjem drog pri partnerju. Ena od mater je povedala, da je partner pred njo prikrival uživanje droge (*Partner je ful pil, že ko sem bila noseča, na skrivaj in nisem opazila, ker njemu se ni nič poznalo. Tudi metadon je na skrivaj pil.*), kar je vplivalo na slabši partnerski odnos in kasneje k razpadu partnerske zveze (*Ko sem bila par mesecev noseča, sem že videla, da ne bom bila z njim, da nisva za skupaj*). Nosečnost pri nekaterih vzbudi upanje, da se bo zaradi nosečnosti partnerski odnos izboljšal oziroma da bo nosečnost pripomogla k prenehanju uživanja droge (*Upala sem, da bo z drogo nehal, vendar ni bilo nič ni bilo drugače v najini zvezi, samo še slabše*).

Težave v partnerskem odnosu med nosečnostjo so dodatni stresni dejavnik za nosečnico, ker ima največkrat tudi partner sam težave z odvisnostjo, to pomeni, da je njun odnos verjetno napet in nestanovit, kar ogroža družinsko stabilnost. Partnerji, ki so aktivni uživalci prepovedanih drog, zavirajo trud ženske, da bi zmanjšala ali prekinila uživanje droge v nosečnosti razen v primerih, ko se tudi sami odločijo za otroka in so pripravljeni tudi sami sprejeti odgovornosti in obveznosti starševstva. Tudi v raziskavah je bilo ugotovljeno, da so si tisti partnerji, ki so bili pripravljeni sprejeti starševsko vlogo, manj injicirali drogo (Klee, 2002: 94).

Štirje partnerji pa so bili med nosečnostjo prav tako kot partnerke stabilni na substitucijski terapiji (*Partner je bil takrat tako kot jaz skozi na metadonu*), eden od njih se je odločil, da bo prešel na metadon, ko je partnerka zanosila (*ko sem zanosila, je on šel na metadon*). Sklepamo lahko, da je bil tak partnerski odnos bolj stabilen brez večjih nihanj, ki so povezana z aktivnim uživanjem drog.

Navzočnost in podpora partnerja v času nosečnosti naj bi imela pomembno vlogo pri počutju nosečnice. Odsotnost partnerja pa je povezana z bolj ogrožajočim vedenjem pri ženskah. Ugotovljeno je bilo, da si samske ženske med nosečnostjo bolj injicirajo droge. Navzočnost partnerja naj bi pomembno prispevala k zmanjšanju oziroma k omejenemu uživanju drog pri nosečnici tudi v tistih primerih, ko partner intenzivno uživa drogo (Klee, 2002). Pri naših intervjujih tega ne moremo potrditi, saj si tudi samske ženske v nosečnosti niso injicirale droge oziroma so prav tako uporabljale različne strategije za zmanjševanje škode pri nerojenem otroku.

8.1.6 Odnos do staršev

Vse matere so v intervjujih navajale, da ves čas ohranjajo stik s starši, predvsem z materami. Nekaterim so bile matere v oporo že med nosečnostjo. Ena mati je povedala, da so bili starši predvsem pa mama zelo veseli, ko so izvedeli, da je noseča (*Tudi doma so bili veseli, doma so me vedno silili s tem otrokom, mama mi je govorila, da imajo vsi vnuke, samo jaz jih nimam*).

Predvsem materina opora naj bi po raziskavah sodeč pozitivno vplivala na potek nosečnosti, prav tako pa naj bi tudi matere pomembno vplivale na odločitev o tem, ali bo hčerka obdržala otroka (Lewis, 2002). Po drugi strani so tudi starši tisti, ki dvomijo, ali bo

hčerka sposobna opravljati vlogo matere (*ona je mislila, da ne bom znala skrbet za otroka*). Ponavadi je materino neodobravanje povezano z obsojanjem hčerkinega odvisniškega življenjskega sloga (Jackson, 2002).

8.1.7 Socialna mreža

Dve materi sta sicer ohranili stik z odvisniško družbo, vendar sta se med nosečnostjo zmogli upreti ponujeni drogi ter postaviti mejo (*bila sem samo na metadonu, čeprav sem bila v taki družbi, da so mi ponujali drogo, sem rekla ne*). Ena intervjuvanka pa v nosečnosti ni več zahajala v odvisniško družbo, čeprav je partner ostajal v tej družbi in naprej užival drogo, saj je verjetno prepoznala rizično situacijo, ki bi lahko ogrozila njeno abstinenco (*Sama z njim nisem več hodila v družbo, kjer so se drogirali*).

Ženske so se bile pripravljene odpovedati stikom odvisniške družbe 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 (*Nikoli nisem imela tesnih stikov z odvisniško družbo, razen s partnerji, vedno sem se izogibala te družbe*).

Po mnenju Flakerja (2002: 45) naj bi bila slaba socialna mreža odvisnikov povezana predvsem z aktivno stigmatizacijo, ki naj bi bila 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.

8.1.8 Odnos do strokovnih služb

Večinoma so bile matere z obravnavo v ginekoloških službah zadovoljne, navajale so pozitiven odnos s strokovnim osebjem, imele pa so tudi negativne izkušnje. Pet mater je pri prvem obisku ginekologa takoj seznanilo s težavami z odvisnostjo od prepovedanih drog (*Ginekologinji sem takoj povedala, da imam težave z drogo, mi je takoj razložila kako in kaj*), dve materi pa sta odvisnost ginekologu prikrivali celo nosečnost. Ena je sicer vzdrževala abstinenco v nosečnosti, druga pa je bila na metadonski terapiji, kljub temu pa ginekolog ni odkril njenih težav (*ginekologinji nisem povedala, da imam težave z drogo, pa tudi ugotovili niso*). Velikokrat obiskujejo ginekologa »pod krinko«, kar pomeni, da v nosečnosti poskušajo prikriti odvisnost, še zlasti če jim v tem času uspe obdržati abstinenco. Obsojajoč in kritičen pristop zaposlenih deluje na nosečnice na neki način zastraševalno, to je eden od glavnih razlogov, da ginekologu ne zaupajo o odvisnosti (Murphy in Rosenbauhm, 1999). Nosečnice si prav zaradi tega v programih pomoči, s katerimi se srečujejo med nosečnostjo, zaslužijo posebno pozornost. Velikokrat se zaradi strahu, da bi bilo odkrito njihovo uživanje droge, izogibajo ginekološkemu pregledom, kar v zgodnji nosečnosti pomeni veliko tveganje tako za mater in za otroka (Klee, 2002).

Iz izjav lahko sklepamo, da je bilo materam pomembno to, da jih je ginekolog poznal oziroma je imel že prej informacije o njihovi odvisnosti. Nosečnice so bile zaradi tega bolj razbremenjene, saj je bila njihova odvisnost že razkrita, zato so tudi lažje govorile o njej

(Ginekolog vse ve, kaj se z mano dogaja, ker me pozna že zelo dolgo iz najstniških let). Druga mati pa je prišla v ginekološko ambulanto po priporočilu psihiatra iz metadonskega centra (Ginekologinja je vedela, da imam težave z drogo, priporočil mi jo je doktor na metadonskem centru.). Boljši odnos so vzpostavile 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), 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 neobsojajoč in spoštljiv (Nikoli nisem občutila odnosa strokovnega osebja do mene negativno, imeli smo zelo dobre odnose, nikoli obsojajoče). Ena od njih pa je imela slabo izkušnjo z ginekologinjo. Bila je njena prva pacientka s tovrstnimi problemi. Ginekologinja ji tudi ni dala informacij, kako droga vpliva na otroka, in je ni poslala na preglede, ki so bili za nosečnico izredno pomembni (Ginekologinja mi ni vzela krvi za hepatitis, čeprav je vedela, da sem na metadonu, 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).

Znanje, izkušnost in poznavanje posebnosti nosečnic, ki imajo težave z odvisnostjo od prepovedanih drog, pri strokovnem osebju je pomemben dejavnik, ki vpliva na vzpostavljane dobrega odnosa in zaupanja med ginekologom in nosečnico. Tako pri ginekologu kot tudi pri zdravstvenih delavcih so matere pridobile informacije predvsem o učinkih drog na plod, o regulaciji metadona ter tem, kako abstinenčna kriza vpliva na otroka (*Vse informacije v zvezi z metadonom, koliko ga moram jemati, kako vpliva lahko droga na dojenčka, mi je dal psihiater v metadonskem centru*). Informacije so bile za intervjuvanke zelo pomembne, saj se lahko prav s pravimi informacijami držijo nekaterih pravil v nosečnosti ter se tako bolj pripravijo na prihod novorojenega otroka. Strokovnjaki priporočajo, da so pomembne informacije za nosečnice, odvisne od prepovedanih drog, napisane, ker se velikokrat bojijo vprašati ali pa ne vedo, kaj vprašati.

V nosečnosti matere niso iskale pomoči v okviru centrov za socialno delo. Samo ena od njih je bila tudi med nosečnostjo v stiku s CSD, vendar je bila vključena v program pomoči že od najstniških let. Razlog, zakaj so se matere izogibale centru za socialno delo, se verjetno skriva v tem, da socialne službe še vedno povezujejo z nevarnostjo odvzema otroka.

Iz intervjujev je razvidno, da se matere v nosečnosti zatekale samo k tistim službam (ginekološka ambulanta, metadonski center), ki se jim niso mogle izogniti ali pa so jih nujno potrebovale (ultrazvok, dodeljevanje metadona). Drugje pomoči niso iskale. Eden od razlogov je lahko tudi ta, da sploh niso imele informacij o tem, kam se lahko obrnejo po pomoč, lahko pa je bil prisoten tudi strah pred obsojanjem osebja, ki ga je doživela tudi ena od mater v substitucijskem programu (*zdravnik, ki se ukvarja z odvisniki, se mi ni dopadel, obnašal se je do mene grdo predvsem takrat, ko sem bila noseča. On misli, da tistim, ki so na metadonu, se to ne bi smelo zgoditi*). V eni od raziskav je kar 31 % nosečnic poročalo, da so doživele obsojajoč in diskriminatoren odnos strokovnega osebja ter da z njim niso hotele več vstopiti v stik (Lewis, 2002: 34).

8.2 Porod in poporodno obdobje

8.2.1 Doživljanje poroda

Intervjuvanke so povedale, da imajo zelo slabe spomine na porod in na porodno bolečino. Ena od njih ga je primerjala z abstinenco krizo (*Imam ful slabe spomine na porod, zelo me je bolelo, stokrat rajši imam abstinenco krizo kot pa še en porod*). Ta ista mati je še isti dan recidivirala, saj je bil zanjo porod zelo stresen dogodek. Zaradi hude porodne bolečine dve materi nista sodelovali med porodom (*bila sem nezainteresirana, ker me je vse bolelo*). Sklepamo lahko, da je bilo nesodelovanje pri porodu povezano s tem, da je intervjuvanka v nosečnosti vzdrževala abstinenco in zaradi tega težje prenašala fizično bolečino, saj se z rednim uživanjem droge zmanjša bolečinski prag.

Dular (2007) prav tako ugotavlja, da je nesodelovanje pri porodu pogosto pri ženskah, odvisnih od prepovedanih drog, ter da je devetkrat več operativno dokončanih porodov med porodicami, odvisnimi od prepovedanih drog, v primerjavi s preostalo populacijo. Strokovnjaki menijo, da je nesodelovanje pri porodu povezano s toksičnim delovanjem opiatov (heroina in metadona), ki pripomorejo k zapletom pri porodu. Tako je ena od intervjuvank, ki je bila v nosečnosti na substitucijski terapiji in benzodiazepinih, povedala (*nisem sodelovala, zato je hčerki začel padati utrip srca, zato sem rodila s carskim rezom*). Eno od nosečnic je ginekologinja opozorila, da ne sme vzeti droge pred porodom (*ona mi je tudi govorila, da se ne smem zadeti pred porodom, ker se jih veliko zadene, da ne čutijo bolečine*). Dve materi sta rodili s carskim rezom, preostale brez operativnih posegov, poleg tega niso rojevale predčasno, razen ene, ki je rodila tri tedne pred rokom. Po statistikah naj bi bilo med ženskami, odvisnimi od prepovedanih drog, za 38 % več predčasnih porodov (Bregant, 2003).

Matere so se zelo razveselile rojstva otroka (*Ko sem rodila, je bil to zame najlepši dogodek na svetu, ni nobene droge take, da bi to izenačilo*), predvsem pa so čutile olajšanje, da je otrok zdrav, saj je bil to njihov glavni strah v nosečnosti (*otrok je enkraten, ker se je rodil normalen, bala sem se, da bo z njim kaj narobe*).

8.2.2 Abstinčna kriza otroka

Matere se ob abstinčni krizi otroka srečajo predvsem z občutki krivde, ker vidijo, da otrok trpi, zato je pomembno, da se v tem obdobju materi daje opora predvsem pri zmanjšanju slabih občutkov (Klee, 2002). Po raziskavah sodeč naj bi abstinčna kriza otroka pustila na otroku dolgoročne vedenjske in psihološke posledice, predvsem težave v varni navezanosti mati-otrok, kar ima lahko daljnosežne posledice za otroka in se kasneje lahko kaže kot nesamozavest, hiperaktivnost, agresija, učne težave, včasih pa tudi preveč zaščitniški odnos ter pretirana navezanost na otroka. Vse te posledice pa se kažejo samo v povezavi z drugimi dejavniki tveganja, kot so slab življenjski standard, revščina, nedostopnost zdravstvenih služb, zanemarjanje (Jackson, 2002).

Velikokrat otroke, ki se rodijo z abstinenco krizo, premestijo v oddelke za intenzivno nego, kar pomeni predvsem nov udarec za matere, ker se morajo ločiti od otroka v obdobju navezovanja in vzpostavljanja stika z njim (*Vsega skupaj je bil potem sin v bolnici mesec in pol, ker je potem dobil še virozo, dobival je antibiotike*). Primarna navezanost naj bi bila

osnova za vse nadaljnje navezanosti, ki jih človek v življenju oblikuje (do zakonca, lastnih otrok, prijateljev itd.). Cugmasova našteva več pozitivnih vidikov razvoja varne navezanosti otroka: večja družabnost, večje zagotavljanje pomoči drugim in tudi lažje sprejemanje pomoči, ko je to potrebno, manj vedenjskih problemov, boljše obvladovanje okolja, pozitivnejši pristop k reševanju problemov, pozitiven odnos do sebe, manj konfliktni odnosi s starši in prijatelji itd. (Pogljajen, 2006).

Pri doživljanju abstinenčne krize otroka so matere navajale dva obrambna mehanizma, in sicer minimaliziranje abstinenčne krize (*sem videla, da se trese, vendar sem opazila, da samo takrat, ko je bila lačna, tako da po moje je bila samo lačna, ker so ji tudi v porodnišnici dali premalo jest*) ter primerjanje joka z drugimi otroki. Trdile so, da ni bilo razlike med jokom njihovih otrok z abstinenčno krizo in med preostalimi otroki (*Je jokala, so mi rekli, da moja drugače joka, pa sem gledala druge dojenčke, pa so vsi isto jokali*). S temi obrambnimi mehanizmi so verjetno poskušale omiliti lastne občutke krivde in stisko.

Dve materi pa sta se kljub temu soočili z občutkom krivde in bolečino ob tem, ko sta videli, s kakšnimi bolečinami se že ob rojstvu srečuje njun otrok (*Ko ima otrok abstinenčno krizo, vidiš, kakšne posledice ima droga, je že dobival svečke, potem vidiš, da je hudo, da se trese*). Dojenčki, ki so diagnosticirani z neonatalnim abstinenčnim sindromom, imajo naslednje znake: tremor, hiperon, 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 neravnovesje vegetativnega živčevja (Krek in drugi, 1999).

8.2.3 Dojenje

Nobena od mater ni dojila daljše obdobje. Pet mater je prekinilo dojenje v zelo kratkem času, največ je mati dojila tri mesece, ena od njih pa ni niti poskusila dojiti, tako da je otrok že v porodnišnici pil iz stekleničke. Dojiti so prenehale iz različnih razlogov, najpogosteje po nasvetu strokovnega osebja. Največkrat je dojenje odsvetovano zaradi okuženosti matere s hepatitisom C, pri čemer je sicer minimalna verjetnost za prenos okužbe na otroka (*potem mi je zdravnica odsvetovala dojenje, tudi zaradi hepatitisa, ni jokala toliko*). Ena intervjuvanka je prekinila dojenje, ker otrok ni imel sesalnega refleksa (*ni znala vleči, tako da sem si mleko stiskala tri mesece, potem sem nehala*), druga pa je prekinila, ker je imela občutek, da z dojenjem otroku škodi (*jaz sem se počutila tako, kot da bi mu še jaz zraven dajala metadon, tega nisem mogla*). Ena mati je povedala, da jo je motilo, da ji strokovni delavci niso znali povedati, kaj bi bilo boljše zanjo in za otroka (*Dojila sem samo 5 dni, niso vedli, kaj bi bilo boljše zame in za otroka*).

Različne smernice pri obravnavi mater, odvisnih od droge, kažejo na to, da si strokovnjaki niso enotni glede dojenja, ker ga eni priporočajo, drugi pa odsvetujejo. Najnovejše smernice dojenje priporočajo, saj se na ta način spodbuja stik z otrokom, ki je pomemben za razvoj odnosa ter krepi duševni stik med otrokom in materjo. Z dojenjem lahko omilijo pojav neonatalnega abstinenčnega sindroma ali pa ga vsaj močno ublažijo. Dojenje pa se odsvetuje, če je mati okužena s hepatitisom C ali HIV (Kastelic in drugi, 1999). Mogoče prav prekinitev dojenja materi omogoči lažji prehod v ponovno uživanje droge, saj ji ni več treba skrbeti, kaj bo v telo vnesla, ne da bi škodovala otroku, kakor je morala v nosečnosti.

Druge razloge za nedojenje ali prekinitev dojenja pa po mnenju Rojška (1999) lahko iščemo tudi v tem, ali je bila nosečnost pričakovana, kako so se med nosečnostjo soočale z materinskimi nalogami, koliko pomoči in podpore imajo od partnerja ter v kakšnih socialnih razmerah živijo.

8.2.4 Počutje

Dve materi sta spregovorili o tem, da sta po porodu imeli težave s psihičnim počutjem. Ena od njiju je po porodu zaradi stiske doživela poporodno depresijo in psihozo (*Po porodu se je pojavila poporodna depresija, tudi psihoza, vse sem narobe mislila, da je cel svet proti meni, pa da sem mamica in da sem na metadonu*). Druga pa je bila v stiski, ker se v vlogi matere ni znašla (*ob rojstvu otroka sem bila živčna, napeta, nisem vedela, kako ravnati z otrokom, ker se na začetku nisem znašla*). V eni od raziskav je kar 46 % mater, odvisnih od prepovedanih drog, po porodu poročalo o depresiji. Velikokrat je bila ta izzvana še pred porodom, včasih pa nastopi po njem in je povezana s stresnimi dogodki po rojstvu otroka (Klee, 2002).

Depresija pri materi vpliva na kvaliteto odnosa med njo in otrokom. Taka mati kaže manj občutljivosti in odzivnosti do otroka, ne samo v času depresivne bolezni, ampak tudi pozneje. Dolgoročne posledice se na otroku poznajo predvsem takrat, kadar je poporodna depresija pri materi zelo dolga in povezana s socialnimi težavami in težavami v zakonu. Posledice vključujejo kognitivne in socialne težave ter težave pri otrokovi navezanosti in v razvoju. Huda poporodna depresija naj bi vplivala na zlorabo in zanemarjanje otrok (Drglin, 2003).

8.2.5 Odnos do odvisnosti

Čeprav je nosečnost priložnost, da ženska vzpostavi abstinenco ter se rehabilitira v skupnost, ne smemo pozabiti, da je odvisnost kronična bolezen (medicinski pogled), pri kateri so recidivi del odvisnosti. Mati težje vzdržuje abstinenco po rojstvu otroka, saj je obremenjena z dodatnim stresom. Murphy in Rosenbaum (1999: 85–86) ugotavljata, da abstinenca, če se ženske zanjo odločijo, navadno traja celo nosečnost in še nekaj let po rojstvu otroka, navadno do takrat, ko gre ta v vrtec ali šolo, kar pomeni, da ima takrat mati več časa zase in se lahko posveti tudi svojim potrebam in stvarim, ki jo veselijo. Nekatere matere uživalk drog po rojstvu prvega otroka popolnoma opustijo uživanje in uspešno vzdržujejo abstinenco. To sicer ne pomeni, da je zgolj odločitev za otroka razlog za prenehanje uživanja, temveč sama sprememba načina življenja in razporeditve časa privede do zmanjšanja ali prenehanja uživanja.

V nosečnosti so bile ženske večkrat pod kroničnim stresom zaradi strahu, kaj bo z otrokom, prekinitve partnerske zveze, finančnih težav, konfliktov s starši ... Z rojstvom otroka pa stres ne izgine, ampak se pojavljajo še drugi stresni dejavniki (otrok z abstinenčno krizo, skrb za otroka, bolan otrok). V eni od raziskav so v porodnišnici spraševali matere, odvisne od prepovedanih drog, ali bodo nadaljevale z uživanjem drog, kar 36 % jih je odgovorilo, da bodo nadaljevale z uživanjem, 38 % pa z ponovnim zviševanjem metadona. 37 % žensk je navajalo močno izraženo željo po drogi, 31 % pa zmerno (Klee, 2002).

Vse matere so poročale o tem, da so recidivirale kmalu po rojstvu otroka (med prvim in osmim mesecem), razlogi za recidiv so bili različni. Ena od njih je recidivirala že v porodnišnici (*Takoj po porodu sem se zadela, že prvi dan mi je partner v porodnišnico prinesel drogo*). Tri intervjuvanke so začele znova uživati drogo takrat, ko je otrok začel napredovati in jih ni potreboval več tako intenzivno, kar pomeni, da so se lahko spet začele ukvarjati s sabo (*Dva meseca po porodu sem začela ponovno intenzivno uživati drogo, ko je otrok začel rasti*).

Recidiv takoj po porodu lahko povezujemo z olajšanjem, ki ga mati občuti ob tem, ko vidi, da je pri otroku minila abstinencijska kriza, da je zdrav, čemur sledi nagrajevanje z drogo. Nagrada z drogo je lahko povezana tudi z občutkom, da so se zmogle celo nosečnost vzdržati pri drogi, ko je porod mimo in je z otrokom vse v redu, pa si lahko spet privoščijo (*Mislim, da je bila to nagrada, da si lahko spet privoščim*). Poleg tega so se po rojstvu otroka srečale še z drugimi stiskami, ki so bile lahko sprožilec oziroma povod za ponovno uživanje droge. To so bile predvsem stiske v odnosu do partnerja, kot so odklanjanje stika z otrokom (*potem ta stiska, zaradi partnerja, ker ni hotel videti otroka*) ali odsotnost partnerja (*takrat, ko je šel partner v zapor, sem začela intenzivno uživati kokain, hčerka je bila takrat stara leto dni*).

Nekatere pa začnejo spet zviševati substitucijsko terapijo, ki jim jo je v nosečnosti uspelo zmanjšati, kar lahko tudi pojmujeemo za neke vrste recidiv (*ko je bila hčerka stara 3 mesece, sem si začela zviševati metadon*). Samo eni materi je uspelo vzdrževati abstinenco do otrokovega tretjega leta starosti. Navajala je, da je ob rojstvu hčerke izgubila željo po drogi, saj ji je hčerka popolnoma zapolnila življenje, kjer ni bilo prostora za drogo (*Ko sem postala mama, sem izgubila željo po drogi, me ni mikala nobena droga, sem čisto presekala, po treh letih sem se ponovno navezala z družbo, hčerka je že malo zrasla, ni me več toliko rabla*).

V eni od raziskav je tri četrtine intervjuvanih žensk po treh mesecih od rojstva otroka znova začelo uživati drogo ali zviševati metadon, vendar se je spremenil način uživanja droge, uporabljale so manj destruktivna vedenja (manj injiciranja, manjša količina droge) kot pred nosečnostjo. Pomembni dejavniki za tovrsten uspeh pa so bili tudi podpora partnerja in matere, ne uživanje drog partnerja ter sprememba življenjskega sloga (Jackson, 2002).

Rojstvo otroka vpliva na opolnomočenje matere in ji lahko pomaga preprečiti recidiv, pomaga ji zapolniti čas, ki bi bil zanjo drugače rizičen. Osebe, ki prihaja v stik z njo, bi jo morale podpreti ter ji pomagati pri vlogi materinstva, da se nauči drugače strukturirati dan, da bi ta dogodek lahko izkoristila v svoj prid in prid otroka, s tem bi se posledično lahko zmanjšali recidivi in odvzeli otrok, lahko bi se izognili tudi emocionalni škodi pri obeh.

8.2.6 Odnos s partnerjem

Pomoč partnerja ob rojstvu otroka ter pomoč pri gospodinjskih opravilih naj bi pomembno vplivala na boljše počutje matere v prvih mesecih po rojstvu otroka (Cowan, Cowan, 2006). Dve materi sta poročali, da jima je partner ob rojstvu otroka veliko pomagal ter sodeloval pri negi in skrbi za otroka (*Veliko mi je pomagal tudi partner, ga previjal, hranil*). Preostale pa so povedale, da se je odnos s partnerjem po rojstvu še poslabšal, predvsem je bilo veliko konfliktov (*V tem času, ko sva živela skupaj, se nisva dobro razumela, mi je skozi kradel, me varal*). Pri eni od mater je partner takoj po rojstvu otroka

odšel (*potem je izginil in se vrnil nazaj domov, ko je bila hčerka stara 2 meseca*), ena od njih je upala, da se bo s prihodom otroka njun odnos izboljšal (*Nič ni bilo drugače v najini zvezi, samo še slabše, sem mislila, da se bo po rojstvu otroka spremenil*). Iz tega lahko sklepamo, da so bile po rojstvu otroka velikokrat prepuščene same sebi, brez podpore in opore partnerja ter dodatno obremenjene s stresom.

Jackson (2006) v svoji raziskavi ugotavlja, da je zelo pomembno za mater in otroka, koliko se partner vključuje v nego. To pa je predvsem odvisno od tega, ali je partner aktiven uživalec drog ali pa je stabilen na substitucijski terapiji, kar pomeni, da ima bolj urejen slog življenja ter je verjetno tudi bolj pripravljen prevzeti vlogo očeta. Tudi na podlagi intervjujev lahko sklepamo, da so bili bolj v pomoč tisti partnerji, ki so bili tudi sami vključeni v substitucijski program, manj pa tisti, ki so bili aktivni uživalci prepovedanih drog. Ti so kmalu po rojstvu otroka tudi odšli.

8.2.7 Odnos do staršev

Podpora staršev, predvsem pa matere v prvih mesecih po rojstvu otroka pomembno vpliva na boljše počutje matere ter ji olajša prehod v materinstvo. Intervjuvanke so povedale, da je bila pomoč matere dobrodošla predvsem v prvih mesecih po rojstvu otroka, ko se v svoji novi vlogi niso znašle oziroma niso zmogle za otroka skrbeti same (*mi je pomagala mama pri negi in skrbi, dosti mi je pomagala, če smo bile same, je bilo naporno*). Pri eni od intervjuvank je mati za mesec dni popolnoma prevzela skrb za otroka (*En mesec je mama skrbela za tamalo, ko sem bila v bolnici*). Dobrodošla in učinkovita je bila tudi pomoč drugih sorodnikov (*Živela sva pri tašči, je pomagala pri otroku, ker se na začetku nisem znašla, nisem vedla, kako delat z otrokom*).

Dve materi pa pomoči svoje matere nista želeli oziroma je nista imeli, ker sta za otroka hoteli poskrbeti sami, ena od njiju se je bala, da bi mati prevzela njeno vlogo (*Mami mi ni pomagala pri negi otroka, jaz sem mami in ga bom jaz rihtala, jaz sem se vedno bala, da mi bo vzela vlogo mame*). Vendar je ta intervjuvanka v poporodnem obdobju živela pri materi, kar pomeni, da ji je ta zagotavljala vsaj materialno pomoč. Druga intervjuvanka pa je bila v konfliktu z materjo že pred rojstvom, zato ni želela njene pomoči, ampak sta s partnerjem za otroka skrbela sama. Pomoč matere je po rojstvu otroka dragocen vir, če pa ima mati poleg pomoči svoje matere še partnerja, ki jo podpira, lahko to pripomore k boljšemu vzpostavljanju odnosa z otrokom in je varovalni dejavnik pri preventivi recidiva (Klee, 2002).

8.2.8 Odnos do strokovnih služb

Vse matere so v porodnišnici takoj povedale, da imajo težave z odvisnostjo, tudi tiste, ki so jo ginekologu med nosečnostjo prikrivale (*V bolnici, ko sem šla roditi, pa sem povedala, takoj sem povedala*). Intervjuvanke so verjetno želele seznaniti osebje iz različnih razlogov (strah pred porodom, strah, ali bo z otrokom vse v redu, strah pred abstinenčno krizo otroka, zagotoviti si substitucijsko terapijo). V odnosu do osebja v porodnišnici so imele tako pozitivne in tudi negativne izkušnje. Ena od mater je navajala diskriminatorni odnos pediatrije, ki ji ni dala nobenih informacij v zvezi z abstinenčno krizo otroka (*pediatrija v porodnišnici ni bila v redu do mene, ko sem bila v porodnišnici in je imela ta mala abstinenčno krizo, nobenih drugih informacij mi ni hotela dat. Če sem jo kaj vprašala, mi*

je rekla, da nima časa ter da naj pokličem jutri.). Tak odnos je verjetno povezan s stereotipom in stigmo, ki velja za mater odvisnico, in sicer da je otrok ne zanima, ker ji je pomembna samo droga. To razmišlja, vsaj po mojih izkušnjah, tudi veliko drugega strokovnega osebja. Nosečnost in rojstvo otroka lahko pomenita za žensko, odvisno od prepovedanih drog, emocionalno ogroženost, saj se morda prvič v življenju loči od svoje subkulture in vzpostavi stik z osebjem, ki ima do nje nespoštljiv odnos, in tako se njen občutek stigme še poglobi (Klee, 2003: 35).

Prav tako je ena izmed intervjuvank doživela nespoštljiv odnos porodnišnice in tamkajšnjega osebja ter nespoštljivo ravnanje do nje in njenega otroka. To je bil zanjo tako stresen dogodek, da ga povezuje z začetkom psihoze in poporodne depresije (*Poporodna depresija se je začela pojavljati po 5 dneh bolnice, ker tam so z mano zelo grdo ravnali v porodnišnici. V rokavicah so mi prinesli hčerko, ko so izvedeli, da ima hepatitis, z rokavicami so mi nosile hrano, pa tlak so mi merile z rokavicami.*). Sklepamo lahko, da je neznanje in nepoznavanje odvisnosti ter posebnosti žensk in mater ter njihovih otrok spet ključni dejavnik za stigmatizacijo ter obsojanje. Boljšo izkušnjo s porodom so imele tiste matere, pri katerih je osebje je že imelo izkušnje z drugimi porodnicami, odvisnimi od drog. Raziskave so pokazale, da so bile matere najbolj zadovoljne s tistimi storitvami v porodnišnici, pri katerih osebje ni delalo razlik med njimi in preostalimi pacientkami oziroma jih je enakovredno obravnavalo (Lewis, 2002: 34).

Po porodu so večinoma prejemale neformalno pomoč matere in partnerja, samo ena intervjuvanka je bila v okviru centra za socialno delo vključena v storitev pomoč za dom (*Potem so mi pomagali pri negi patronažna sestra, ki je hodila k meni do 5. meseca, potem je bila tukaj še prostovoljka iz CSD v okviru pomoči družini na domu, ona je hodila, po dve uri na dan*). Spet se pojavlja vprašanje, zakaj matere ne iščejo več formalne pomoči zunaj domačega kroga. Sklepamo lahko, da je neformalna pomoč zadostna, tako da ne potrebujejo pomoči drugih strokovnih služb, imajo premalo informacij o tem, kam se lahko obrnejo po pomoč, ali pa je pri njih prisoten strah pred vključitvijo.

8.3 Materinstvo in vzgoja otroka

8.3.1 Skrb za otroka

Iz intervjujev je razvidno, da želijo matere po svojih najboljših močeh in z veščinami, ki jih imajo, ter kljub svojim številnim problemom in številnim stresnim situacijam (partnerski odnos, finančne težave, problemi z odvisnostjo in duševnim zdravjem) čim bolje skrbeti za svoje otroke. Materinstvo je zanje pomembna prelomnica v življenju in jim veliko pomeni (*Materinstvo mi veliko pomeni, vse bi spremenila, samo T. ne*). Njihova želja je, da bi dobro opravile svoje poslanstvo ter sebi in drugim dokazale, da so dobre mame (*Želim biti dobra mati, dobro vzgojit otroke, pa da bomo srečni, ker je to najbolj pomembno, da poveš, kaj ti ne paše*).

To poskušajo narediti na različne načine; otroka redno vozijo na preglede k pediatru ter skrbijo za otrokovo zdravje (*Redno jo vozim tudi k pediatru*). Pomembno jim je, da otrok nima posledic zaradi odvisnosti (*nikoli ni imel nobenih zdravstvenih težav*). Vsi otroci so vključeni v vrtec, kar pripomore k boljši socializaciji in socialni integraciji, otrok dobi tudi

izkušnjo z drugimi ljudmi, ne samo z materjo in njeno odvisniško družbo. Dva otroka pa sta že vključena v redno šolanje. Vse matere so poudarile, da se otrok brez večjih težav vključuje v vrtec in šolo, kar jim daje potrditev, da dobro skrbijo zanj in ga vzgajajo (*Glih včeraj sem bila na govorilnih urah in jo je učiteljica zelo pohvalila. V šoli je pridna in tiha, doma pa mi odgovarja. / V vrtcu je zelo pridna in nima nobenih težav.*). Ena mati je povedala, da je hčerko vključila tudi v prostočasno dejavnost (*vpisala sem jo tudi v plesni tečaj, tudi sam sem trenirala ples osem let, zelo rada pleše*). Vključevanje otroka v različne dejavnosti zunaj doma mu pomaga razvijati socialne mreže in pomembne socialne odnose.

Iz intervjujev je tudi razvidno, da se poskušajo z otroki čimbolj ukvarjati ter z njimi aktivno preživljati prosti čas (*v prostem času grem na sprehode, se grem drsat z njim, več ali manj se z njim sprehajam*). Ena od intervjuvank opiše spremembo v odnosu do otroka, odkar ne uživa droge več tako intenzivno. Droga mater okupira, in ko ni ves čas posvečen drogi, ga za otroka ostaja več (*S hčerko smo začele hoditi na igrišče, na morje, tako da se z njo ukvarjam dosti več kot prej, sedaj hodim veliko z njo ven, postala sem drugačna mama, sedaj veliko časa preživim z njo*). Druga intervjuvanka pa je poudarila, da je kljub težavam z odvisnostjo po svojih močeh že prej poskrbela za otroka (*jaz res, da sem bila odvisnica, vendar sina nikoli nisem pustila samega, ga zanemarjala*).

Trudijo se, da pred otrokom ne uživajo droge, ker mislijo, da je to za otroka najbolj varno. Uporabljajo različne strategije prikrivanja, z namenom da bi zaščitile otroke in jih zavarovale pred opazovanjem. To počnejo največkrat v času, ko otroka ni doma (*travo kadim v dopoldanskem času, ko je tamala v šoli*) ali pa takrat, ko gre otrok spat (*Nikoli nisem vzela, ko je bila hčerka pokonci, samo takrat, ko je šla spat*). Vendar kot pravi Lewis, (2002) lahko govorimo samo o neki »navidezni varnosti«, ki jo matere zagotovijo ob uživanju droge. Izberejo si čas, ki je za otroka vsaj navidezno najmanj ogrožajoč.

Svojega otroka hočejo zavarovati, zato poskušajo svoje težave z odvisnostjo prikriti (*Sedaj sem mu rekla, da sem v bolnici zaradi prsta*), vendar jim v prihodnosti želijo povedati za svoje težave (*bi njemu rekla, da sem bila odvisnica, samo zdaj mu tega še ne morem povedati, je še premajhen*). Strah jih je, kako bo otrok sprejel odvisnost (*ne vem kako bo on to doživel, ko bo izvedel, kaj je bilo z mano*). Kljub poskusom, da bi prikrile težave z odvisnostjo, pa dva otroka, ki sta že starejša (6 let) prepoznavata težave pri materi (*Hčerka ve, da sem bolana, ne vem točno, kaj si misli, reče pa, da sem bolana, nič ne reče. Ve, da zdravila jemljem ter da skrivam tablete*). Matere imajo velikokrat občutek, da prikrivajo odvisnost pred otrokom ter da otroci zaradi mladosti ne prepoznajo težav. Čeprav otrok za odvisnost ne ve, pa sluti, da se z materjo nekaj dogaja, da ima težave. Skrivnost naj bi vplivala predvsem na odnos med njima, na otrokovo samopodobo in socialno integracijo. Starši ravno zaradi prikrivanja uživanja droge mislijo, da bodo otroku lahko še dolgo skrivali svoje težave. Strokovnjaki pa si niso enotni o tem, kdaj je primeren čas, kdaj povedati otroku (Lewis, 2002).

Matere poskušajo narediti vse, da otrok ne bi čutil posledic in prikrajšanosti zaradi njihove odvisnosti. Pojavlja pa se strah in skrb matere, da ne bi tudi otrok imel nekoč težave z drogo (*Vem, da v življenju me lahko še veliko čaka z mojim sinom, po eni strani lahko prepoznaš, če ima otrok kakšne probleme*), kajti zavedajo se tega, da ima zgled pomembno vlogo pri prenašanju sporočil otroku (*Bojim se, da bi bil tudi moj otrok kdaj na drogi, in potem sem razmišljala, kaj je on pri meni videl*).

Zgled, ki ga da mati s svojim življenjskim slogom, je zelo subtilna posledica odvisnosti, ki je pogosto spregledana. Mati je pogosto nezaposlena ter se največkrat druží samo z ljudmi, ki imajo tudi težave z odvisnostjo, kar pomeni, da imajo specifičen slog življenja, ki za otroka kratkoročno ni ogrožajoč, temveč nosi posledice predvsem skozi proces odraščanja, ko otrok pridobi vrednote in norme, vezane na odvisniški življenjski slog. V soočanju z zunanjim svetom (šola, vrtec, prijatelji) pa spoznava druge vrednote, ki so lahko konfliktné s tistimi, ki jih pozna, to pa lahko pri njem povzroča težave pri razvijanju identitete ter socialni integraciji (Klee, 2002).

Nenehno se soočajo tudi s strahom pred izgubo otroka (*da ima mamico, ki jemlje drogo, da bo dobila drugo mamico in očka, da jo bodo sedaj dali na socialno, kdo bo pa gledal tako mamo*). Mati, ki je že izgubila otroka, pa si znova želi pridobiti skrbništvo nad njim (*v začasni odločbi je tudi pisalo, da nisva primerna starša, ker sva na metadonski terapiji, zaradi tega morava oba iti na detoks, se sčistiti, želim ga dobiti čimprej nazaj*). Matere se bojijo izgube otroka zaradi svoje odvisnosti, zato so toliko bolj pripravljene spremeniti svoj slog življenja in prenehati uživati drogo oziroma se zdraviti, zato pa potrebujejo pomoč in znanje ne samo z vidika odvisnosti, ampak tudi pri vlogi matere. Maier (2004) v eni od svojih raziskav ugotavlja, da imajo matere, ki ne živijo s svojimi otroki, večje težave z odvisnostjo in živijo v manj ugodnih socialnih okoliščinah v primerjavi s starši, ki živijo s svojimi otroki. Življenje skupaj z otrokom pripomore k manj samodestruktivnemu uživanju drog. Starši, ki so jim odvzeli otroke, si pogosteje injicirajo droge, si delijo pribor z drugimi uživalci, živijo v slabših bivalnih razmerah in zavračajo zdravljenje.

Modeli skrbstva promovirajo idealne matere, kar v realnosti težko doseže vsaka ženska. Vsi ti miti pa lahko pri odvisnici od prepovedanih drog vzbudijo občutke nekompetentnosti, še zlasti pri ženskah, ki so bolj ranljive in imajo nižjo samopodobo, so manj samozavestne, vse to lahko sproži občutke krivde in stiske. Ponavadi se to zgodi prav v obdobju, ki je za mater najbolj stresno, to je kmalu po rojstvu otroka. Včasih se mora mati poleg vseh teh občutkov soočiti še s kontrolo, ki jo izvaja strokovno osebje in preverja, ali je sposobna opravljati materinsko vlogo (Jackson, 2002).

Z vsemi temi občutki razmišljanji so srečale tudi intervjuvanke ter skozi skrb za otroka poskušajo dokazati sebi in drugim, da dobro opravljajo svoje poslanstvo. Po svojih močeh želijo narediti vse, kar zmorejo in znajo. Seveda pa tukaj obstajajo ovire, ki se lahko vlečejo že iz njihovega otroštva. Nekateri strokovnjaki govorijo o transgeneracijskih vedenjskih vzorcih starševstva, pri katerih so se matere naučile, kako skrbeti za otroka in ga vzgajati. Če so ti neprimerni, jih je treba prekiniti oziroma se naučiti novih, tega pa mati sama ne zmore.

8.3.2 Vzgoja otroka

Vzgoja otroka se nekako prepleta z materino odvisnostjo. Prepoznavajo, da imajo predvsem zaradi lastnih občutkov krivde težave pri postavljanju meja (*Ne znam postavljati mej, čeprav se odločim, da ji ne bom kupila, me zmeraj prepriča / Najtežje pri vzgoji mi je postavljati meje, če me ne uboga*), otroku preveč popuščajo (*prej nisem skrbela zanj, kot bi morala, zato ji zdaj vedno popustim*), velikokrat kompenzirajo zaradi lastnih občutkov krivde. V obdobju, ko ne skrbijo za otroka, kot se jim zdi, da bi morale, se poskušajo otroku odkupiti predvsem s kupovanjem materialnih dobrin ter s tem zmanjšati občutke

krivde in slabe vesti (*meni je ful lažje, če mu kupim, da je vesel vsaj 5 minut, ker hočeš neki kompenzirat in misliš, da boš to nadomestil*). Otroku zaradi nedosledne vzgoje niso postavljena jasna merila, ko je mati pod vplivom droge, za otroka ne more skrbeti, v času, ko abstiniira, je lahko zaradi občutka krivde pretirano skrbna. Prav pomanjkanje zanesljivih opornih točk, rahlost ali nezaznavnost meja in prepuščanje vse pobude otroku lahko v otroka vsadi negotovost in tesnobo. Pomanjkanje osnovnih usmeritev prinaša zmedo v njegovo predstavo o svetu. Nepredvidljive in negotove meje pa ga silijo v nenehno preizkušanje možnosti, do kod sme iz zmore (Tomori, 1994: 157).

Matere prepoznavajo vedenjske težave pri otroku, in sicer nemirnost (*hčerka je precej nemirna, težko se skoncentrira, težko se umiri, hitro se naveliča vsega, v vrtcu so ji rekli, da je hiperaktivna*), razdražljivost (*ko je prišel iz zapora, je bilo hudo, takrat postane še bolj razdražljiva, začela je ponovno močiti posteljo, ni me ubogala, tudi v vrtcu so opazili, da nekaj ni v redu*), uporništvo (*Me ne uboga. Je zelo trmasta, če kaj ne dobi, kar udari in očeta in mamo začne pljuvat, uporniška, je zelo živa, skozi neki dela, razmetava, ne moreš niti pospravljat, skozi neki novega*).

V intervjujih so omenile tudi težave s pomanjkanjem potrpežljivosti do otroka, da so velikokrat živčne, napete. To lahko povezujemo z abstinenco krizo matere ali pa tudi z njenimi drugimi težavami, povezanimi z duševnim zdravjem (depresija, slabo razpoloženje, psihoza) (*me začne izzivat in jaz rečem, saj je v redu. Ampak to ni v redu, ker se to v meni nabira in potem počim*). Navajajo tudi pomanjkanje volje za ukvarjanje z otrokom (*Včasih se mi zdi, da imam premalo volje, lahko bi se z njo še bolj ukvarjala, kot se*). Raziskave kažejo, da na skrb za otroka vplivata dva dejavnika, ki sta povezana z odvisnostjo: psihični učinki posameznih drog (kokain, heroin, marihuana) in pomanjkanje droge oziroma abstinencna kriza. Ko mati uživa heroin, ima lahko to za posledico kinkanje, zaspanost, pomanjkanje energije za ukvarjanje z otrokom. Ob uživanju kokaina pa se pri njej lahko kaže kaotičnost, razdražljivost. Ob abstinenci krizi otroku ne namenja dovolj pozornosti, pojavijo se posledice fizičnih znakov krize, kot so znojenje, bruhanje, to pa otroka najbolj zmede, saj ga postane strah za mater. Znaki abstinencne krize se kažejo tudi v razdražljivosti in depresiji. Intenzivnost uživanja droge se pri materi lahko skozi dan pojavlja v različnih ciklih (abstinencna kriza-intoksikacija), kar pri otroku povzroča še večjo zmedenost in nepredvidljivost v vedenju matere. V raziskavi, v katero so bili vključeni starši, ki so bili odvisni od prepovedanih drog, ter starši, ki niso imeli težav z odvisnostjo, so ugotovili, da odvisni starši otroku namenja manj pozornosti in se manj odzivajo na njegove čustvene potrebe. Odvisnost pri starših naj bi bila povezana tudi z različnimi tveganji, ki vplivajo na stabilnost družinskega življenja tako pri oskrbi družinskih virov, dnevnih obrokih, družinskih ritualih. Takrat, ko starši aktivno uživajo droge, je vse osredotočeno na drogo. Kandel (1990) ugotavlja, da se primerno starševstvo zmanjšuje, ko se uživanje droge povečuje. Mati, ki aktivno uživa drogo, manj nadzoruje otroka, bolj je prisotno fizično kaznovanje, manj je pozitivnega navezovanja in vzpostavljanja bližine z otrokom (Hogan, 2007).

Matere se poskušajo izogniti fizičnim kaznim (*Če me ne uboga, ji povem na lep način, nič ne kričim, ne dajem ji kazni, ne zdi se mi neprimerno, men te kazni niso všeč*). Matere imajo uvid, da delajo napake pri vzgoji otroka ter da s tem otroku delajo škodo, imajo pa uvid tudi v to, da same nimajo znanja in veščin, kako biti učinkovit roditelj (*Ne znam postavljati mej, čeprav se odločim, da ji ne bom kupila, me zmeraj prepriča*). Zavedajo se tudi tega, da

morajo najprej poskrbeti zase, če hočejo dobro skrbeti za otroka (*se moram spremenit, na drugačen način reagirat, če bi jaz bila potrpežljiva, bi tudi on bil*). Želijo si, da ne bi ponavljale napak svojih staršev, zato želijo svoje otroke vzgajati na drugačen način, za to pa potrebujejo novo znanje za ravnanje in vzgojo otroka (*Jaz sem imela težko otroštvo, moj oče je tepel mamo in mene, ker je bil on tak, jaz nočem biti več taka*).

Starši, odvisni od prepovedanih drog, imajo dobre namene in želijo dobro opraviti svojo vlogo starša in veliko vlagajo v to, da bi dokazali sebi in drugim, da dobro skrbijo za otroke. V raziskavi, v kateri so primerjali družine, odvisniške in neodvisniške, so ugotovili, da med njimi ni bilo večjih razlik v vzgojnih stilih, pričakovanjih do otroka. Lewis (2002) meni, da se razlike ne skrivajo samo v uživanju drog, ampak tudi v drugih socialnih dejavnikih, ki so prav tako pomembni za funkcionalnost družine (socialni ekonomski status družine, dostopnost do virov, družinsko okolje).

8.3.3 Težave z duševnim zdravjem ter občutki krivde

Matere se poleg težav z odvisnostjo srečujejo tudi z drugimi težavami v duševnem zdravju, ki so lahko posledično pojavijo zaradi dolgoletne odvisnosti, lahko pa so bile prisotne že prej, ali pa jih sprožijo različne stiske in stresne situacije, s katerimi se soočajo. V intervjujih so vse poročale še o dodatnih težavah, ki jih spremljajo poleg odvisnosti, in sicer poskus samomora (*najedla sem se tablet, potem sem dol padla, potem nisem nikoli več imela poskusov samomora*), obsesivno-kompulzivna motnja (*sem imela predpisano terapijo zaradi obsesivne kompulzivne motnje, skozi sem bila utrujeno, hodila sem spat popoldne, nič nisem mogla naredit doma*), shizofrenija (*Prvo epizodo psihoze sem imela pri 17 letih ... po rojstvu hčerke pa sem bila še štirikrat hospitalizirana*). Vse te težave pomenijo dodatno oviro pri sprejemanju sebe in materinske vloge.

Matere imajo ponavadi nizko samozaupanje v to, da so sposobne otroka vzgajati in zanj skrbeti (*jaz mam tak problem, da mislim, da nisem dobra mati*). Predvsem se srečujejo z občutki krivde in obžalovanja za čas aktivnega uživanja droge, ko niso skrbele za otroka. Večinoma so do sebe samokritične in svojo odvisnost jemljejo kot osebni poraz in osebno šibkost. Občutki krivde so vezani predvsem na odnos z otrokom, in sicer občutek krivde zaradi odsotnosti od otroka med uživanjem droge (*dostikrat sem bila zunaj po 3, 4 ure, ni mi bilo vseeno, kako je z malo, sem poklicala, vendar domov nisem šla, sedaj mi je žal, krivo se počutim*), občutki krivde in slabe vesti zaradi samega uživanja droge (*Poleg metadona včasih pokadim še kakšen joint. Imam s tem take težave, da bog pomagaj. Potem me vest peče in vse*), občutki krivde zaradi konfliktov (*Velikokrat imam občutke krivde, to je tako, ko se skregam, to po mojem že tako otrok čuti*).

V eni od raziskav je bilo ugotovljeno, da matere, odvisne od prepovedanih drog, nimajo dobrega mnenja o sebi kot materi. 39 % vprašanih je menilo, da so dobre mame, 16 % se s tem ni obremenjevalo, 45 % pa jih je navajalo občutke krivde in problem v zvezi z materinsko vlogo (Klee, 2002), kar je razvidno tudi iz naših intervjujev.

8.3.4 Odnos do odvisnosti

Vse matere imajo željo po zdravljenju oziroma po vzdrževanju abstinence, nekatere so jo pred kratkim vzpostavile ali pa so bile v času intervjujev v pripravi na zdravljenje. Navajale

so, da je otrok zanje pomembna motivacija za zdravljenje. Ena od mater je povedala, da če ji ne bi odvzeli otroka, se ne bi še odločila za zdravljenje (*Odločila sem se za zdravljenje predvsem zaradi tega, kar je bilo sedaj to s sinom, to me je najbolj vzpodbudilo k temu, da nekaj naredim. Midva ga ne moreva dobiti nazaj, dokler ne bova čista*), druga pa je povedala, da je zaradi otroka sploh naredila spremembo, ker je želela biti dobra mama (*Meni je sin rešil življenje, ker sem hotela biti dobra mati, sem šla v skupnost, sem rekla, da to več ne gre.*).

Hkrati prepoznavajo rizične situacije in spoznavajo, da jim droga pomaga v stresnih situacijah (*partner je vzel hčerko za tri dni in potem sem vzela, ker sem nisem počutila ok.*), ob negativnih občutkih (*sem res slabič, ko me nekaj prizadene, grem pit ali vzamem drogo*). Pomaga jim pozabiti na probleme, se odklopiti. Torej mati se mora v okviru obravnave odvisnosti naučiti, kako ravnati s stresom, kako reševati konflikte, se soočati s svojimi čustvi.

Hkrati pa prepoznavajo negativne učinke odvisnosti oziroma droge, ki jih je omejevala pri skrbi za otroka (*bila sem živčna, ko nisem imela droge, ko sem se zadevala, sem dala hčerko spat ali pa ji je dala gledat risanke, vem, da ni bilo to ok*) ter ogrožala otrokovo varnost (*V enem izmed napadov, ko sem jo držala v rokah, mi je mama kasneje povedala, da sem začela usta zvijati, mi je šla po pomirjevalo, da me ne bi prijeli krči, takrat sem ta mali dala v usta pomirjevalo, jaz se tega sploh nisem zavedela, nič se ne spomnim*).

8.3.5 Partnerski odnos

Po rojstvu otroka je razpadla partnerska zveza pri treh intervjuvankah. Vsi ti očetje skoraj nimajo stikov s svojimi otroki, ne skrbijo zanje oziroma ne plačujejo preživnine (*Tudi danes mi ne plačuje preživnine, za otroka nič ne da, ga ne obiskuje / Oče sedaj nima stikov s hčerko / sedaj nikoli ne pride pogledat hčerke, tudi nikoli je ni še videl*). Partnerji so tudi aktivni uživalci drog in že med nosečnostjo niso bili v oporo materi. V njihovih odnosih so bili ves čas prisotni konflikti, ki so se po porodu še poglobili (*potem smo se skupaj zadevala, potem sva se začela kregat in sem se jaz posebej in on posebej*). Rojstvo otroka za partnerja pomeni dodatni rizični dejavnik za ohranitev partnerske zveze.

Nekatere se zavedajo rizičnosti partnerskega odnosa, predvsem zaradi uživanja droge pri obeh, vendar se kljub temu težko odločijo za prekinitev zveze (ljubezen do partnerja, partner kot prinašalec droge ...) (*Takrat sem naredila napako, če ne bi imela razmerja z njim, bi mogoče abstinirala, ne želim biti več z nobenim odvisnikom, če pride nazaj iz komune, ne želim več biti z njim, sicer ga imam še rada, ampak vem, da to ne gre skupaj*). Nekatere pa upajo, da bi kljub rizičnosti lahko ostala skupaj (*potiho si pa mislim, da bi lahko bila skupaj*). Ena od njih pa si želi, da bi partner sprejel otroka (*Ne želim, da bi bili kot družina, ampak bi rada videla, da bi on imel neki stik z njo, ko bi bila starejša, da bi šla k njemu oziroma da bi jo sprejel*).

Dve materi sta vzpostavili novo partnersko zvezo, ena s partnerjem, ki ima tudi težave z drogo, vendar trenutno prestaja zaporno kazen, kar pomeni, da trenutno živi sama, druga pa s partnerjem, ki nima težav z odvisnostjo, kar je bolj izjema kot pravilo pri ženskah, odvisnih od drog, zaradi večje stigmatizacije. Oba partnerja naj bi sprejela otroka in lepo skrbela zanj (*on je bil lahko z njim 5 ur, pa ne bi bil živčen, on je imel otroka rad in prav tako sin*).

Dve intervjuvanki pa sta ohranili partnersko zvezo. Ena od njiju je povedala, da ji partner pomaga pri skrbi za otroka in negi ter pri gospodinjskih opravilih (*Partner mi pomaga pri otroku in tudi pri gospodinjskih opravilih*). Drugi partner pa je večinoma odsoten od doma (*On je zaposlen, imamo doma avtoprevoznitvo, on je skozi na poti, tako da sva s tamalo skozi same, ampak sem se že navadla, da ga ni*). Po pripovedovanju mater naj bi bila oba partnerja stabilna na substitucijski terapiji ter sta jima bila v oporo že med nosečnostjo.

Matere brez partnerja naj bi po raziskavah sodeč težje vzdrževale abstinenco ter naj bi bile bolj socialno izolirane (Seagull, 1997). Prav tako se morajo kot samohranilke spopadati še s številnimi finančnimi, socialnimi ter psihološkimi težavami (revščina, brezdomstvo, neprimerno gospodinjstvo, neprimerni pogoji za vzgojo otroka, brezposelnost) (Kaltenbach, 1998).

8.3.6 Odnos s starši

Ženskam, odvisnim od prepovedanih drog, ob rojstvu otroka ter po rojstvu otroka stojijo ob strani njeni starši, predvsem mati. Starši tako poleg ponujenega stanovanja, emocionalne podpore ter pomoči pri skrbi in vzgoji otroka pomagajo tudi s finančnimi sredstvi. Tudi v intervjujih so matere povedale, da je predvsem njihova mati tista, ki jim pomaga pri varstvu otroka; ali je to v času, ko so v službi (*ko sem v službi, starši poskrbijo zanj*), ali takrat, ko je mati v hospitalizirana (*Po rojstvu otroka sem bila še 4-krat hospitalizirana, takrat poskrbi mama za hčerko*), ali pa v času odsotnosti, ki so povezane z uživanjem droge in z odvisniškim stilom življenja (*veliko sem pila, če sem šla kam in pila, me ni bilo po dva dni doma, tačas so za otroka skrbeli starši, potem sem imela slabo vest, ker sem hčerko pustila, saj sem vedela, da je v dobrih rokah, ampak je ni bilo z mano*).

Starši prevzamejo skrb za otroka takrat, ko mati ne more ali ne zmore poskrbeti za otroka. To je pomembna neformalna pomoč, saj bi bil otrok brez pomoči starih staršev lahko v nevarnosti. Velikokrat stari starši prevzamejo skrbništvo in skrb za otroka ter s tem poskušajo preprečiti vključevanje socialnih služb ter posledično odvzem otroka. Vse intervjuvanke popolnoma zaupajo otroka staršem, saj vedo, da bo poskrbljeno za otrokovo varnost (*Staršem ful zaupam, mamo jo previje, oče jo hrani, oče jo ima več, zjutraj je mama z njo, oče popoldne, ker mama mora veliko počivat*). Ena od intervjuvank je povedala, da brez pomoči staršev sama ne bi zmogla skrbeti za otroka (*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, da ne vem, kako bi vse to zmogla, skrb za sina, ga iskat v vrtec, mu dat jest*).

Ravno zaradi težav z odvisnostjo se večkrat zgodi, da materam odvisnicam starši (mati) več ne zaupajo otroka ter sami prevzamejo skrb zanj (*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*). Ena od intervjuvank je povedala, da ima občutek, kot da izgublja vlogo matere ter da njena mati prevzema njeno vlogo (*Tudi zdaj, ko sem ga hotela peljati na sneg, je rekla, da ga bom prehladila. Pa sem ji rekla, pa saj ni tvoj otrok, pa je rekla, da mi ga ne da za na sneg*).

Zaradi odvisnosti od staršev se ne upajo postaviti zase, tako da odločitve, ki so vezane tako na njihovo življenje kot tudi na otroka, prevzamejo starši. Obstaja nevarnost, da bi izgubile vse (stanovanje, finančno varnost, varstvo otroka), tako da so na neki način prisiljene popuščati in prepuščati odločitve staršem (*Če se s čim ne strinjam, mama takoj reče, ali si v*

moji hiši ali nisi, spakiraj in pejt, če ti kaj ne paše). Intervjuvanke so velikokrat tudi poskušale pred starši prikriti ponovno uživanje droge, da ne bi izgubile tistega, kar jim ti nudijo (*In glih včeraj je našla flaško metadona, ker je mislila, da sem sedaj v redu, da pač ne pijem več, da grem sedaj samo še v nadaljnje zdravljenje. Včeraj je izvedela, celo noč je norela, kričala, potem je še nekaj spila, govorila je, naj se grem kar ubit.*). Velikokrat starši poskušajo nadzirati življenje matere odvisnice (*Starša me nikamor ne pustita, tako da sem cele dneve zaprta, tudi če grem kam, moram vedno potem narediti alkotest, tudi če greva kam s hčerko, je vedno tako*). Vse v družini se vrti okrog njene odvisnosti, velikokrat se znajde v poziciji »grešnega kozla« (*Če napiham, se skregamo*).

Boljše odnose s starši navajata dve intervjuvanki, ki živita ločeno od staršev (*Z mamom imava zelo dober odnos, slišiva se skoraj vsak dan, potem pa nekajkrat tedensko pride na obisk*), kar pomeni, da ti nimajo neposrednega nadzora nad življenjem hčerke in njeno odvisnostjo, kar verjetno pripomore k večji distanci in zato k manj intenzivnim odnosom. Velikokrat ženske, odvisne od prepovedanih drog, ostanejo v odnosu do staršev še vedno v poziciji otroka, ne pa odrasle osebe.

8.3.7 Socialna mreža

Skozi intervjuje ugotavljamo, da imajo vse matere zelo slabo socialno mrežo, so socialno izolirane ter imajo malo stikov tako z odvisniško družbo in tudi z drugimi, ki nimajo težav z drogo. Sklepamo lahko, da so tudi njihovi otroci bolj socialno izolirani, morda še bolj v manjših krajih, kjer mater in njenega otroka poznajo in je stigma veliko večja kot v večjem mestu. Matere imajo tudi zelo malo možnosti za navezovanje novih stikov. Ponavadi nimajo službe, nimajo denarja, da bi si lahko privoščile prostočasne dejavnosti, tako da je njihov socialni svet vezan včasih samo na odvisniško družbo, starše in otroka ter partnerja, če ga imajo, srečevanje uporabnikov na substitucijski terapiji ter stik s strokovnim osebjem. Ena od intervjuvank je povedala, da si sicer želi stika z ljudmi, ki nimajo težav z drogo, vendar je stigmatizacija v domačem kraju prevelika, da bi jo sprejeli (*Nimam prijateljev, včasih mi manjka, da bi imela kakšno normalno prijateljico, ki ne bi imela nobenih težav ne z metadonom ne s travo. Samo živim v majhnem kraju, tu si pa stigmatiziran, da ne dobiš nobenega prijatelja.*).

Včasih pa je umik v socialno izolacijo tisto, kar si matere želijo. Njihov krog ljudi je vezan samo na partnerja ter starše in otroka (*nimam niti časa niti želje, da bi se s kom dobivala*). Ena mati je povedala, da ji je uspelo prekiniti stik z odvisniško družbo ter navezati stik z ljudmi, ki nimajo težav z drogo. Preselila se je v drug kraj, kjer jo niso poznali in je imela možnost začeti znova (*V bloku sem spoznala mamico in njenega partnerja, ki imata dva majhna otroka, z njimi se poleti dobimo pred blokom*).

Dve materi pa sta vzpostavili bolj zaupen odnos s strokovnimi delavkami, s katerimi prihajajo večkrat v stik (*zelo veliko se pogovarjam z gospo, ki me spremlja od komune. Ona mene in sina pozna že od vsega začetka / ta prostovoljka, ki mi je pomagala, sem ji kar veliko povedala*). Tukaj se pokaže, kako je lahko pomembna pomoč strokovnih služb, saj lahko materam pomagajo k vzpostavitvi novih socialnih mrež, kar jim daje izkušnjo sprejemanja tudi s tistimi, ki nimajo težav z drogo. Nekatere matere sicer ohranjajo ali znova navežejo stik z odvisniško družbo vendar po raziskavah sodeč ne več tako intenzivno kot pred nosečnostjo in rojstvom otroka (Jackson, 2002). V odvisniško družbo začnejo

zahajati takrat, ko jih otrok ne potrebuje več tako intenzivno, takrat jim ostaja čas zase. Tako sta dve materi povedali (*Potem ko me ni več skoz potreboval, sem začela zahajati ven nazaj v odvisniško družbo / ko je šla ona v vrtec, so se začele jutranje kavice in tako naprej, na metadonskem centru*).

8.3.8 Odnos do strokovnega osebja

V času po rojstvu otroka so ob stiku s strokovnimi delavci (socialne delavke, strokovni delavci v okviru obravnave odvisnosti, pediatri) imele prav tako pozitivne kot negativne izkušnje. V okviru zdravljenja odvisnosti so predvsem kot negativno izkušnjo doživljale daljšo odsotnost od otroka. Mati, ki je bila v času intervjuja hospitalizirana, je povedala, da pogreša svojo šestmesečno hčerko, težko ji je bilo, ker ne more spremljati njenega napredka. Sicer so ji med hospitalizacijo hčerko prinesli na obisk, vendar le enkrat na štirinajst dni, kar je za vzdrževanje stika med materjo in otrokom premalo. V tem času se namreč lahko mati od otroka odtuji. V ponovnem intenzivnem stiku z otrokom po končani hospitalizaciji pa se lahko zgodi, da jo otrok ne pozna več tako dobro. To lahko mater spravlja v stisko in zanjo pomeni rizično situacijo (*Hčerko sedaj, ko sem v bolnici, pogrešam, saj skrbijo dobro zanjo, vem da ni to to, vem, da moram veliko pri sebi spremeniti, pogrešam jo, ko se prebuja. Tudi zobek ji je začel rasti.*).

Izkušnje ločenosti od otroka, ki jo imajo matere iz komune, so doživljale prav tako negativno. Otroci sicer lahko odidejo skupaj z materami v komuno, vendar jih na začetku na silo ločijo, kar so doživele nekatere kot šok (*Je en šok, jaz sem bila vedno huda, ločili ste me od sina, ampak če gledam sedaj nazaj, je bilo to potrebno. Jokal je, ker nisva mogla spati skupaj, ker sva zmeraj, jaz sem jokala, ker mi je bilo težko*) kljub težki izkušnji, ki jo je doživela ta mati, je ločitev od otroka kasneje prepoznala kot potrebno, saj sta po njenem mnenju oba potrebovala časa zase (*Ampak to je bilo potrebno, ker mama odvisnica rabi čas za sebe, pride vse na dan, kar je doživela od majhnega do tistega dne, ko je začela z drogo*).

Navajale so, da je bila izkušnja s komuno tudi za otroka negativna, da je otrok doživel hudo travmo (*V komuni se tamala ni smela jokati, če se je jokala, je morala iti ven iz hiše, dokler ni nehala, potem so ji rekli, da preveč je, da ne sme toliko jesti, ampak sploh ni debela*). Ta mati je iz komune tudi kmalu odšla. Problem programov zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog je, da so usmerjeni predvsem v potrebe ženske, otroci pa so izključeni iz programov pomoči. Filozofija tega pristopa temelji na prepričanju, da se ženske v navzočnosti otrok ne morejo dovolj posvetiti lastnemu okrevanju. Raziskave pa so pokazale, da so se otroci, katerih matere so bile vključene v daljšo obravnavo, počutili zanemarjene in odrinjene. Pogosto ostanejo potrebe otroka podcenjene in otrok ostaja neopažen. Zavedati se moramo, da je otrok znotraj družine, ki ima težave z odvisnostjo, doživel veliko stisk, strahov, konfliktov, zato otroci ne smejo biti spregledani v procesu obravnave, saj tudi sami potrebujejo pomoč (Carlossan, 2006).

V odnosu do strokovnega osebja imajo v procesu obravnave odvisnosti tako pozitivne (*To je mene učila skupnost in dala mi je neverjetno veliko. In sem vedno rekla, da bom ostala v stiku z njo. Jaz mislim, da bi vsak človek rabil neko skupnost*) kot negativne izkušnje (*Tudi z otrokom preživiš ful malo časa, cele dneve si odsoten, delaš od jutra do večera, nisem zdržala v komuni, to so fanatiki, pomembna jim je samo vera. V komuni se tamala ni smela*).

jokat, če se je jokala, je morala iti ven iz hiše, dokler ni nehala, potem so ji rekli, da preveč je, da ne sme toliko jesti). Intervjuvanki sta bili vključeni v isti program pomoči, vsaka pa ga je doživela drugače, zato je pomembno, da se mati vključi v tisti program, ki je zanjo najbolj ustrezen ter se približa njenim potrebam in željam.

Z odnosom s pediatrijo imajo pozitivne izkušnje, čeprav so povedale, da imajo težave z odvisnostjo (*Sedaj je hčerkin pediatrija v redu, ve, kakšne težave imam, ker me pozna že prej iz metadonske ambulante*). Dober odnos so vzpostavile verjetno tudi zaradi tega, ker otroke redno vozijo k pediatru ter skrbijo za njegovo zdravje (*Hčerkin zdravnik ima mene zelo rada, ker sem jo redno vozila na cepljenje, me je pohvalila, zelo me ima rada*).

Na podlagi izjav intervjuvank lahko sklepamo, da se matere socialnim službam poskušajo izogniti, ker jih je strah odvzema otroka, če bodo iskale pomoč oziroma se vključile v storitve centra za socialno delo. V eni od raziskav je kar 88 % mater menilo, da ne potrebujejo pomoči pri vzgoji otroka ter da nimajo namena nikoli iskati pomoči pri socialnih delavcih (Jackson, 2002). Intervjuvanka je povedala, da center za socialno delo nima informacij o njeni odvisnosti (*Center za socialno delo se ni nikoli oglasil, tudi nimajo informacij, da sem jaz na drogi*), druga pa, da ni bilo nikoli razloga, da bi se CSD vključil in ji ponudil pomoč (*še nikoli se niso vključile službe iz CSD, ker ni bilo nikoli razloga za to*).

Tiste matere, ki imajo stike s centrom za socialno delo, pa ga doživljajo kot službo nadzora, ne pa kot službo pomoči. Nadzorstvo je vezano predvsem na preverjanje skrbi za otroka (*ker imam pogoj s CSD, da moram dokazovati abstinenco, ker imamo timski sestanek za skrbništvo nad hčerko, pa tudi socialna, da vidi, če hodim, če sodelujem in če redno hodim zaradi obravnave odvisnosti*) ali pa se socialne službe vključijo takrat, ko je potrebna intervencija in namestitev otroka v rejništvo (*S strani CSD imava pogoj, da dokler ne bova čista, ne moreva dobiti sina nazaj, to je pogoj, da ga dobiva, drugače bo ostal v rejništvu*). V okviru centra za socialno delo bi morale matere dobiti pomoč, razumevanje in oporo, ne pa obsojanje, le tako se bomo približali materam in otrokom takrat, ko bodo pomoč potrebovali, ne pa takrat, ko bo že prepozno. Ena od mater je poudarila pomen izkušenj iz znanja strokovnih delavcev, kar vpliva na odnos med materjo in socialno službo ter na sprejemanje pomoči ter sodelovanje (*če primerjam CSD Maribor in Slovensko Bistrico, mi je bilo v Mariboru dosti boljše, boljši odnos, bolj so poznali take primere, kot sva midva, imela sva tudi zelo v redu prostovoljko, ker tukaj imajo ful negativen odnos do droge, pa tudi niso imeli še nobene izkušnje, midva sva prvi tak primer*).

Večina socialnih delavcev in drugega strokovnega osebja je do staršev, ki uživajo drogo, precej kaznovanih in moralističnih. Ettore (1999) ugotavlja, da naj bi bil tak odnos posledica nelegalnosti uživanja drog. Z uživanjem droge še posebno ženske prestopijo družbene norme, njihov način življenja pa postane moralen in nelegalen. Zaradi specifičnosti odvisniškega stila življenja jih družba definira kot problematične družine, pri čemer njihovi otroci potrebujejo posebno zaščito, ko so starši razkriti, postanejo lahka tarča za intervencijo. Socialni delavci so v takih situacijah na neki način prisiljeni intervenirati, ker to od njih družba pričakuje in zato da se ne bi zdelo, kot da nič ne naredijo. Treba bi bilo oblikovati smernice in perspektivo, ki je bolj pragmatična in manj idealistična, bolj realistična in manj moralistična in je osredotočena na to, kaj lahko naredimo, ne pa kaj bi lahko naredili. Z drugimi oblikami pomoči (nevladne organizacije) niso prišle v stik

oziroma pomoči tudi niso iskale (*Nikoli nisem še iskala pomoči pri vlogi matere, da bi koga spraševala za nasvet*).

8.3.9 Socialnoekonomski položaj matere

Zaradi lažjega pregleda sem v tabeli 8.3.4. na kratko predstavila socialnoekonomski položaj mater:

Tabela 8.3.4.; *Socialni ekonomski položaj intervjuvank*

<i>Soc.ekon. status</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<i>zak. stan</i>	samska	samska	samska	partnerska zveza	samska	partnerska zveza	partnerska zveza
<i>izobrazba</i>	srednja	poklicna	srednja	srednja	srednja	osnovnošolska	poklicna
<i>delo</i>	zaposlena	delo na črno	nezaposlena	nezaposlena	nezaposlena	nezaposlena	nezaposlena
<i>stanovanje</i>	lastno	podnajemniško	pri starših	socialno	pri starših	lastno	lastno
<i>finance</i>	lastne, pomoč staršev	lastne, denarna socialna pomoč	denarna socialna pomoč	denarna socialna pomoč	porodniški dopust	denarna socialna pomoč	invalidska pokojnina

Štiri matere so samske, partner ene od njih trenutno prestaja triletno zaporno kazen. Od tega sta dve materi zaposleni, ena ima redno službo, živi v svojem lastnem stanovanju, ki je sicer last staršev, starši ji tudi finančno pomagajo, kar pomeni, da je materialno preskrbljena ter ima dokaj visok socialnoekonomski status. Materialna odvisnost od staršev pa jo spravlja v podrejen položaj (*po drugi strani sem odvisna od njih in jaz se ne morem nikam odseliti, jaz ne morem njim reči, da ne morejo priti v moje stanovanje, ker je to njihovo*). Druga mati živi s hčerko v podnajemniškem stanovanju, dela na črno ter prejema denarno socialno pomoč. Meni, da je materialno preskrbljena ter da ji je kljub odvisnosti vedno uspevalo poskrbeti zase in za otroka (*Dobim socialno pomoč, potem pa delam na črno še kot natakara, vodim tudi lokal, finančno se mi zdi, da zmorem, ker že leto dni živim sama brez pomoči drugih, tudi zaradi odvisnosti nisem padla nikoli v podenj, skozi sem delala, skrbela zase, se preživljala, pa tudi za otroka sem provala skrbeti*). Tretja intervjuvanka živi pri starši v zelo slabih življenjskih razmerah (*Imava zelo malo prostora zase, cele dneve smo skupaj doma. Živimo v hiši iz treh štukov, ampak so čist majhne sobe in moja mami ima, to je po moje bolezen, na vseh razprodajah vse kupi, če kje kaj dobi, in to je vse tako naloženo, da če bi kaj iz omare dal noter, ne bi tega več dobil, ni možno. Vse sobe so naložene, komaj še kje hodiš. Imam sobico zase, ampak čeprav je ta soba majhna, ima mami celo omaro svojih stvari. Midve imava s hčerko skupno posteljo, tako da midve nimava plača, kamor bi se lahko umaknile*). Trenutno je brezposelna, čeprav je v preteklosti delala na črno pri sestri. Ima končano srednjo šolo, študij pa je prekinila zaradi nosečnosti. Njena želja za naprej je, da bi samostojno zaživela (*Name razmere doma zelo slabo vplivajo, komaj čakam, da končam to zdravljenje in se pozdravim hepatitisa, potem si najdem službo in greva živet v podnajemniško stanovanje*). Četrta intervjuvanka še nikoli ni bila nikjer zaposlena, čeprav ima končano srednjo šolo. Živi pri starših, ki ji tudi finančno pomagajo. Njena želja prav tako je, da bi se osamosvojila ter samostojno zaživela (*Ko pridem z zdravljenja, bi šla s hčerko rada nekam živet na svoje, ker doma ne bom mogla živet, saj pride sestra iz zapora*).

Partnerske zveze so razpadle kmalu po rojstvu otroka, pri eni materi pa že med nosečnostjo. Raziskovalci ugotavljajo, da je več samskih mater med odvisnimi od prepovedanih drog, posledice pa se kažejo v večji družinski disfunkcionalnosti in socialni izolaciji. Enostarševske družine imajo mnogo manjše dohodke, so odvisne od državne pomoči in živijo v manj udobnih stanovanjih. Otroci, ki živijo v enostarševskih družinah, naj bi imeli več psiholoških in emocionalnih, učnih in vedenjskih težav v primerjavi z dvostarševskimi družinami.

Nizki dohodki imajo velik vpliv na prikrajšanost pri osnovnih življenjskih potrebah, kot je na primer hrana. Ljudje z nizkimi dohodki jedo manj zdravo hrano brez vitaminov. Ugotavljajo, da imajo odvisniki več težav s telesno težo, denar, ki ga imajo na voljo, pa je lahko porabljen za drogo, kar pomeni, da so lahko njihovi otroci prikrajšani za kvalitetno hranjenje. Večinoma jih ne dobi službe, ker jim droga zapolni mnoge socialne in psihološke potrebe, ki jih drugi dobijo z zaposlitvijo (Klee, 2002: 17).

Tri intervjuvanke pa živijo v skupnem gospodinjstvu s svojimi partnerji in otroki. Ena od njih živi s partnerjem v socialnem stanovanju, sama je brezposelna, oba prejemata denarno socialno pomoč, partner občasno dela na črno. Pravkar pričakuje drugega otroka, eden je v rejništvu. Sama še nikoli ni bila nikjer zaposlena; ima končano srednjo šolo. Finančno jima pomaga teta. Druga se je pred kratkim preselila k svojemu novemu partnerju, je brez

zaposlitve, ima dve leti delovne dobe ter osnovnošolsko izobrazbo. Partner ima redno zaposlitev. Pričakujeta otroka. Želi se znova zaposliti (*da bi delala tisto, kar si jaz želim, da bi delala v lokalu, prej sem že delala v lokalu in to je ena lepa stvar*). Tretja mati živi s partnerjem v lastnem stanovanju, partner je zaposlen, sama pa je invalidsko upokojena. Predlog za invalidsko upokojitev je dala njena mama, kar kaže na njeno podrejenost v sprejemanju odločitev za življenje ter odvisnost od svojcev (*Na invalidsko se je spomnila mama, mama je želela, da grem v invalidsko, na mesec dobim 370 evrov*). Ima končano srednješolsko izobrazbo in tri leta delovne dobe. Družina je materialno preskrbljena, čeprav sama dobiva zelo nizek dohodek (*Materialno sva preskrbljena, prideva skozi. Jaz dobim penzije 370 evrov, hvala bogu, da partner dela, tako da nam gre*). Njena želja prav tako je, da bi se nekoč spet zaposlila (*Rada bi spremenila to, da bi rada kaj delala, pri možu ne morem pomagati, ker ne rabijo nobene pomoči. Rada bi delala v kakšni trgovini z oblačili.*).

Iz intervjujev ugotavljamo, da so matere zelo nezadovoljne s svojim socialnoekonomskim položajem. Njihove želje za prihodnost so vezane predvsem na samostojnost ter finančno neodvisnost. Iz intervjujev je razvidno, da se matere velikokrat v podrejenem položaju ter odvisne od svojih staršev. Mati kot odvisnica nima moči v odnosu do staršev, da bi zmogla oditi in si ustvariti svoje življenje, ker sama tudi nima pogojev. Raziskovalci ugotavljajo, da imajo ženske, odvisne od prepovedanih drog, manj delovnih izkušenj, manj finančnih virov, zato lahko droge uporabljajo tudi kot sredstvo za spopadanje s problemi (Lewis, 2002).

Ugotavljajo tudi, da je revščina tisti dejavnik, ki ima večji vpliv na disfunkcionalnost družine kot samo uživanje droge. Člani družine z nižjim socialnim ekonomskim statusom so izpostavljeni dvakrat večjim obremenitvam ter imajo nižjo raven splošnega dobrega počutja, imajo več telesnih težav ter dolgotrajne probleme in bolezni, več psihosomatskih težav, psihiatričnih problemov, počutijo se bolj nemočni, manj cenijo sami sebe, svoje možnosti za obvladovanje lastnega življenja doživljajo kot omejene, svojo situacijo doživljajo kot brezupno, imajo več psihosocialnih problemov, več problemov v partnerskem odnosu ter s preostalimi člani v družini, na materialnem področju pa se srečujejo s slabšimi delovnimi razmerami, pogosto bivajo v zelo slabih razmerah, pogosto imajo omejene finančne zmogljivosti (De Vries, Baukamp, 1995: 37–39).

8.4 Oblike pomoči

8.4.1 Želje in potrebe po pomoči v odnosu do sebe

Na vprašanje, kaj si želijo spremeniti v odnosu do sebe ter kakšne so njihove potrebe po pomoči, so matere največkrat odgovorile, da si želijo prenehati z uživanjem droge ter vzdrževati abstinenco (*Rada bi samo prenehala z metadonom, potem bi bilo vse drugače*), druga pa bi potrebovala pogovor o želji po drogi (*Rada bi, da bi se lahko tudi pogovarjala o drogah, o želji, ker zmeraj ti nekaj ostane*). Upajo, da bi jim abstinenca pomagala rešiti tudi druge težave, upajo, da bi se s treznostjo vse spremenilo.

Nekatere bi se želele naučiti obvladati svoja čustva (*Kako se ne živcirat*), da bi bile slišane (*želela bi si, da me nekdo zna poslušat, pa da mi da nasvet*) ter da bi dobile pomoč pri pridobivanju osnovnih dobrin (*Rada bi, da mi pomagali pri pridobitvi službe, stanovanja*).

8.4.2 Želje in potrebe po pomoči v odnosu do otroka

Bolj kot v odnosu do sebe pa so matere izrazile želje in potrebe po pomoči v odnosu do otroka. Od sedmih intervjuvank si pet mater želi pomoč pri vzgoji in skrbi za otroka, dve materi pa nista izrazili te želje (*Zdi se mi, da sem v redu mama in da ne rabim nobene pomoči*) pa tudi pomoči nista nikoli iskali (*V zvezi z vzgojo otroka še nisem nikoli iskala nobene pomoči*).

Izrazile so potrebo po oblikovanju podporne skupine. V taki skupini prepoznajo moč, ki jo lahko dobijo, če se povežejo z drugimi, ki imajo podobne probleme, s tem bi lahko pridobile pomembne izkušnje, znanje in nasvete od drugih mater (*Jaz ne rabim, da mi nekdo predava, če pa obstaja neka ženska, ki je imela podoben problem, potem pa ja, rade volje jo poslušam, rade volje upoštevam njene nasvete, ker če je ona šla čez to, če je ona zmogla, potem lahko tudi jaz*). V skupini bi si želele učiti tudi starševskih veščin (*če bi bila možnost, bi se takoj vključila v delavnice za starše*). V tej skupini bi jim bilo pomembno, da spoznajo, da niso same ter da so še druge matere s podobnimi težavami (*Da bi skupaj sedele z materami, ki imajo podobne težave kot jaz, da si izmenjuješ mnenja, tako da se lahko veliko naučiš*), da bi dobile izkušnjo o tem, kako so druge matere premagale težave (*rade volje upoštevam njene nasvete, ker če je ona šla čez to, če je ona zmogla, potem lahko tudi jaz*), pomembno je tudi druženje z drugimi, saj imajo matere, odvisne od prepovedanih drog, slabo socialno mrežo. Ne družijo se med seboj, kaj šele z drugimi.

Podporne skupine imajo v procesu okrevanja ter zagotavljanja pomoči pomembno mesto in prispevajo k učinkovitejšemu reševanju problemov, v katerih se lahko znajdejo matere, odvisne od prepovedanih drog. V skupini lahko matere dobijo pomembno podporo od drugih članic. Pomembna funkcija podpornih skupin je, da krepijo sposobnosti lastne osebnosti in da člani skupine v življenju nekaj naredijo. Za to potrebujejo čustveno oporo in občutek varnosti, ki ga lahko dosežejo s socialnim zbliževanjem. Tisti, ki so v tem primeru deležni samopomoči in jo soustvarjajo, so drugačni, zaradi tega se pravzaprav združujejo v skupine za samopomoč. S tem želijo obogatiti socialne stike in pomagati sebi. Zaradi preteklih težav (drugačnosti) čutijo potrebo po učinkoviti socialni mreži, ki je v njihovem primeru dostikrat okrnjena ali drugačna, kot so običajni medčloveški stiki. Zdaj imajo možnost, da na novo vzpostavijo socialne stike, neko stalno skupino ljudi, ki bo funkcionirala kot socialna mreža. Lahko je edina vez, ki posamezniku ponuja povezavo z zunanjim svetom, družbo ali dopolnilo družinskim odnosom. Obstajajo nekatere stalne funkcije pomoči v skupini, med katerimi so najpomembnejše:

- čustvena opora
- vzorniki
- skupna miselnost
- možnost pomagati drugim
- druženje
- občutek lastnega nadzora in obvladovanja (Lamovec, 1995: 230).

Matere si želijo dobro opravljati svojo materinsko vlogo (*Želim biti dobra mati, dobro vzgojit otroke, pa da bomo srečni, ker je to najbolj pomembno, da poveš, kaj ti ne paše*). Želijo se naučiti pravilno vzgajati (*rada bi se naučila kako otroka vzgajati, povedati, kaj je prav in kaj ni prav*), kako postavljati meje in ne popuščati (*glede vzgoje bi rada spremenila predvsem to, da bi ji znala postaviti meje, da ji ne bi popuščala zaradi moje slabe vesti*), želijo preprečiti, da bi tudi otrok kdaj imel težave z drogo, in želijo si, da bi jim zaupal (*Rada bi se naučila, da če bi otrok imel težave, bi povedal oziroma, da jih sploh ne bi imel*). Ena od njih si želi, da bi si v odnosu do staršev pridobila več zaupanja, češ da je sposobna prevzeti vlogo matere ter da bi imela pri vzgoji otroka glavno besedo (*rada bi, da imam jaz tam glavno vlogo, ne pa moji starši*). Iz teh želja in potreb po pomoči je razvidno, kako veliko so matere pripravljene vložiti v materinsko vlogo ter jo opravljati na najboljši način. Pripravljene so spremeniti svoj način življenja, se učiti ter sprejemati nasvete, tako od drugih mater kot tudi strokovnih delavcev.

Na podlagi izrečenih želja in potreb ugotavljamo, da matere potrebujejo pomoč, potrebujemo pa drugačne smernice, ki se bodo približale materi.

4. REZULTATI IN RAZPRAVA KVANTITATIVNI DEL

Na podlagi dobljenih podatkov so iz 17 centrov za socialno delo sporočili, da imajo v okviru socialnih storitev ter v okviru javnih pooblastil vključenih 43 mater, odvisnih od prepovedanih drog. Iz 22 centrov za socialno delo so odgovorili, da po njihovih podatkih in evidencah trenutno ni v obravnavi nobena mati, odvisna od prepovedanih drog. Dva centra za socialno delo (Koper in Nova Gorica) pa, da naj bi po njihovih podatkih matere bile sicer vključene v nekatere storitve in javna pooblastila, vendar ne vodijo posebne evidence, na podlagi katere bi lahko sporočili število. Strokovne delavke so velikokrat sporočale, da so matere, odvisne od prepovedanih drog, »skrita populacija«; v okviru centra za socialno delo so sicer vključene v socialne storitve (prva socialna pomoč ...) in prejemnice socialnih transferjev (denarna socialna pomoč, preživnina, starševski dodatek ...), vendar poskušajo svoje težave z odvisnostjo prikriti. Največ mater je po prejetih podatkih na CSD Kamnik, in sicer 8, sledita CSD Jesenice (5 mater), CSD Ljubljana Bežigrad (5 mater). V preostalih centrih za socialno delo pa je v povprečju vključenih 1 do 3 matere.

Oblike pomoči, ki jo matere prejemajo od centra za socialno delo, so predvsem socialne storitve (prva socialna pomoč, osebna pomoč, pomoč družini za dom) ter izvrševanje javnih pooblastil (starševsko varstvo, urejanje preživnine, zaščita mladoletnih otrok, rejništvo, največ je denarnih socialnih pomoči), poleg tega pa zagotavljajo še informacije o različnih programih zdravljenja ter spodbudo in motivacijo za vključitev v programe za obravnavo odvisnosti. Pri delu z materami, odvisnimi od prepovedanih drog, se strokovni delavci srečujejo z naslednjimi težavami; neustrezno sodelovanje matere, neupoštevanje dogovorov (zamujevanje na pogovore), nesodelovanje zaradi občutka ogroženosti in strahu pred odvzemom otroka, minimaliziranje odvisnosti, manipulacija, zanikanje ter nepopolna skrb za otroka in zanemarjanje.

V okviru centrov za preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog ter na Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pa je vključenih skupaj 166 uporabnic. Največje število mater je v Ljubljani (32) in Mariboru (23), kjer je tudi po podatkih Inštituta za varovanje zdravja (IVZ, 2009) največje število uživalcev prepovedanih drog. Pomoč, ki jo ponujajo posamezni centri, so: prejemanje substitucijske terapije, svetovanje, pogovor z medicinsko sestro in zdravnikom, usmerjanje v ginekološke ambulante, v centru za preprečevanje odvisnosti Brežice pa ponujajo tudi svetovanje o vzgoji in negovanju otroka. Storitve Centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog so opisane že v teoretičnem delu magistrske naloge (str. 70). Največ težav, s katerimi se srečujejo strokovni delavci pri delu z materami, odvisnimi od prepovedanih drog, se nanaša na slabo sodelovanje s strokovnimi službami, predvsem s centri za socialno delo, poleg tega se pojavljajo težave in dvomi, kako ukrepati v primeru suma zanemarjanja otrok. Največ pa jih je odgovorilo, da posebnih težav pri delu s tovrstnimi materami nimajo ter da z njimi sodelujejo brez težav.

Odgovorov na vprašanje, zakaj je tako velika razlika v številu vključenih mater v okviru pomoči centrov za socialno delo in centrov za preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog, je verjetno več. Prvi se verjetno skriva v tem, da so v okviru centra za socialno delo vključene tiste matere, ki imajo številne probleme in je njihova stiska vidna tudi navzven

oziroma so težave že dosegle krizne razsežnosti, ko je že potrebno poseganje v družinski sistem (intervencija, namestitev v rejništvo). Preostale matere so verjetno prejemnice nekaterih storitev ali socialnih transferjev, vendar poskušajo ostati skrite in ne iščejo pomoči, ker jih je strah poseganja v njihovo življenje, strah jih je, da bi strokovni delavci začeli preverjati, kako opravljajo starševsko funkcijo. Bojijo se, da jih ne bi drugi prepoznali kot nesposobne matere ter da bi jim odvzeli otroka.

Na podlagi odgovorov in intervjujev (v nadaljevanju) lahko sklepamo, da obstajajo stereotipi in predsodki tako na eni kot na drugi strani. Strokovni delavci velikokrat povezujejo mater, odvisno od prepovedanih drog, z negativnimi osebnostnimi lastnostmi in stereotipi, ki naj bi veljali za uživalce prepovedanih drog, ter menijo, da kot matere odvisnice ne skrbijo za otroka (*Nesposobnost za izvrševanje starševskih dolžnosti, materialna nepreskrbljenost, glede na osebnostno strukturo – neprimeren pristop, nevrotična reagiranja / Zanikanje in manipulacija, izgovor, težko sledijo zadanim dogovorom, zanikanje lastne odvisnosti*). Verjetno pa je dejstvo tudi to, da ob srečanju z institucijami, ki jo poskušajo nadzorovati, materino vedenje postane neustrezno vedenje, in tako se predsodki potrdijo. Prav tako pri materah prevladujejo nekatera prepričanja in predsodki do strokovnega osebja, doživljajo jih kot institucije nadzora, ne pa institucije pomoči, zato se poskušajo stikom izogniti (*Pogosto iz strahu, da bi njihovega otroka odvzeli in namestili drugam, odklanjajo vsakršno sodelovanje s CSD, zanikanje odvisnosti*). Dokler pa obstajajo predsodki na obeh straneh, ni mogoča komunikacija in sodelovanje za odprt prostor za pogovor in ustvarjanje rešitev za kompleksne psihosocialne probleme. Dokler matere niso pripravljene sodelovati, ne more biti učinkovite pomoči in ni mogoče oblikovati izvirnega delovnega projekta sodelovanja, ustvarjenega na sporazumevanju, dogovarjanju in skupnem oblikovanju rešitev, da bi udeleženi v problemu postali udeleženi v rešitvi (Čačinovič Vogrinčič, 2006: 27).

Strokovni delavci iz centrov za preprečevanje odvisnosti so navajali boljše odnose in boljše sodelovanje z materami. Sklepamo lahko, da matere in strokovni delavci med seboj bolje sodelujejo, kajti z njimi se srečujejo vsakodnevno in se med seboj dobro poznajo, kar vpliva na kvaliteto odnosov. Strokovni delavci tudi ne posegajo preveč v njihovo zasebnost in v njihovo materinsko vlogo. V ospredju je bolj medicinska pomoč, na primer pomoč glede odvisnosti, dodeljevanje substitucijske terapije, usmerjanje v zdravljenje, usmerjenje h ginekologu ...

Strokovni delavci iz centrov za preprečevanje odvisnosti so navajali tudi slabo sodelovanje s ginekološkimi službami, porodničnicami (*Odklonilni odnos do odvisnosti na ginekološkem-porodniškem oddelku*), predvsem pa s centri za socialno delo. Verjetno tudi v teh službah prevladujejo prepričanja in stereotipi o pomoči, ki jo zagotavlja center za socialno delo, predvsem v smislu, da strokovni delavci ne delajo v korist matere in otroka, da nič ne naredijo oziroma da je CSD institucija, kjer se bo materi odvzelo otroka, zato večkrat sploh ne vzpostavijo sodelovanja drug z drugim (*Moralne dileme in ugotavljanje suma zanemarjanja otroka, slabo sodelovanje s CSD, neukrepanje CSD*). Strokovne službe ne uporabljajo multidisciplinarnih timov, v katerih bi se omogočilo sodelovanje in zavarovanje koristi vseh udeležениh ter bi se družini ponudila možnost za spremembe in odprt prostor za iskanje rešitev. Službe, ki prihajajo v stik z materami, odvisnimi od prepovedanih drog, med seboj niso povezane. Problem nastaja, ker ni protokola ali

dogovora, kako naj bi sodelovanje potekalo. Tako znotraj institucij vsak »obdeluje svoj vrtilček«, manjkata pa dolgoročna povezava in sodelovanje.

5. SKLEPI

Tezo, da materinstvo pri ženskah, odvisnih od prepovedanih drog, pripomore k zmanjšanju uživanja prepovedanih drog, lahko potrdimo. Vse matere so nosečnost in potem materinstvo doživele kot pomembno prelomnico v svojem življenju. Takoj ko so izvedele za nosečnost, so popolnoma opustile uživanje prepovedanih drog. Abstinirale so celo nosečnost ali pa bile stabilne na substitucijski terapiji. Njihov glavni motiv za prekinitev je bila prav nosečnost ter varovanje nerojenega otroka pred škodljivimi posledicami drog. V nosečnosti so poskušale kljub svoji odvisnosti in drugim težavam (težave v duševnem zdravju, obremenjenost s strahom, kaj bo z otrokom) čimbolj skrbeti za svoje zdravje ter za zdravje nerojenega otroka, zato so se zatekale k različnim strategijam zmanjševanja škode. Pri strokovnem osebju so se pozanimale o tem, kako bi lahko zmanjšale škodo, ter o tveganjih in posledicah, ki jih ima lahko droga na otroka, upoštevale so nasvete strokovnega osebja glede jemanja substitucijske terapije, manj kadile ter več hodile na ginekološke preglede. Kljub vsem težavam pa je bila nosečnost velika motivacija za spremembo odvisniškega življenjskega sloga (manj uživanja drog, manj škodljivega vedenja).

Porod je zanje pomenil težko izkušnjo, prisotno je bilo nesodelovanje ter nezanjmanje, vendar je ob rojstvu otroka sledilo olajšanje, ker se je otrok rodil zdrav (izjema abstinenčna kriza) brez vidnih posledic uživanja drog. Težko so se spopadale predvsem z otrokovo abstinenčno krizo. Za lažje sprejemanje situacije ter za zmanjšanje lastnih občutkov krivde in slabe vesti so razvile dva obrambna mehanizma, in sicer minimaliziranje abstinenčne krize in primerjanje joka z drugimi otroki. Nobena od sogovornic ni dojila ali pa je dojila samo krajše časovno obdobje, razlogi za to so bili različni; ambivalentnost strokovnega osebja, strah, da bi otroku na tak način lahko škodovala, ali pa je imel otrok zaradi neonatalnega abstinenčnega sindroma težave s sesalnim refleksom.

Ponovno so začele uživati drogo kmalu po rojstvu otroka, razen ene matere, ki ji je uspelo abstinirati do otrokovega tretjega leta starosti. Razlogi za recidiv so bili različni, saj so se v tem obdobju srečevale s številnimi stiskami. Samo ena mati je recidivirala že prvi dan po porodu, preostale pa so navajale, da so začele znova uživati drogo takrat, ko je otrok začel rasti in jih ni več potreboval tako intenzivno (od 3 mesecev do enega leta). To pomeni, da je v obdobju navezovanja intenzivnega stika z otrokom tudi njim uspelo ne uživati drogo, ker jim je bila vloga matere ter skrb za zdravje otroka in sebe na prvem mestu.

V obdobju odraščanja otroka poskušajo kljub svoji odvisnosti in drugim težavam po svojih zmožnostih skrbeti zanj. Matere, odvisne od prepovedanih drog, imajo pogosto težave z duševnim zdravjem (poskus samomora, obsesivno-kompulzivne motnje, depresija, psihoza) ter stalen občutek krivde zaradi uživanja drog in z njimi povezanih posledic. Trudijo se sebi in drugim dokazati, da so dobre mame, da zmorejo opravljati svojo materinsko vlogo. Skrbijo za zdravje otroka, ga redno vozijo na preglede k pediatru, vključujejo ga v vrtec, z njim poskušajo predvsem v času abstinence aktivno preživljati prosti čas. Z različnimi strategijami poskušajo otroka zavarovati pred negativnimi učinki odvisnosti (neuživanje drog pred otrokom, skrivanje težav pred otrokom, poskušajo popraviti napake svojih staršev), kajti skrbi jih, da tudi otrok ne bi imel nekoč težav z odvisnostjo. Zaradi občutkov

krivde pri vzgoji otroka večkrat popuščajo, ne postavljajo mej ter poskušajo kompenzirati zaradi občutkov krivde. Prepoznavajo posledice odvisnosti, ki se pri vzgoji otroka kažejo v pomanjkanju potrpežljivosti in v pomanjkanju volje za ukvarjanje z otrokom, ter prepoznavajo otrokove vedenjske težave. Prepoznavajo, da v času aktivnega uživanja drog ne skrbijo »dovolj dobro« za otroka, zato jim otrok in skrb zanj pomenita pomembno motivacijo za zdravljenje, saj jim je materinstvo prioriteta. Sklepamo lahko, da uživajo manj droge, kot bi je verjetno sicer, če otroka ne bi imele, kajti poskušajo živeti in uživati drogo na način, ki je manj destruktiven za otroka in posledično zanje. Materam je pomembno, da otrok živi v ugodnih življenjskih razmerah, zato se trudijo skrbeti za zdravo rast in razvoj otroka (ugodne bivalne razmere, zadovoljiva materialna preskrbljenost, skrb za zdravje), zato se tudi same izogibajo življenju v slabih življenjskih razmerah (življenje na ulici, ukvarjanje s kriminalom ...).

Tezo, da materam, odvisnim od prepovedanih drog, pri vzgoji in negi otroka pomaga razširjena družina, pomoč partnerja oziroma otrokovega očeta pa je minimalna, lahko delno potrdimo. Materinstvo žensk, odvisnih od prepovedanih drog, je večkrat povezano tudi z drugimi dejavniki tveganja, ki vplivajo na kakovost življenja. Eden od njih je tudi to, da mati živi z otrokom sama, kar pomeni, da ji partner ne pomaga pri vzgoji in negi otroka. Od sedmih žensk v intervjujih so bile štiri samske, kar pomeni, da partnerji niso živeli v skupnem gospodinjstvu ter da niso aktivno opravljali vloge očeta. Očetje, razen enega, niso imeli stikov z otrokom in niso plačevali preživnine. Partnerkam niso bili v oporo niti med nosečnostjo ter so jih zapustili že v nosečnosti ali pa kmalu po rojstvu otroka. Podpora partnerja je povezana tudi s tem, ali je ta aktivni uživalec drog ali pa je stabilen na substitucijski terapiji. Pomemben dejavnik podpore pa je tudi to, ali si partner otroka želi. Trije partnerji pa naj bi bili bolj aktivni pri vlogi očeta, in sicer sta bila dva stabilna na substitucijski terapiji, tretji, s katerim je intervjuvanka pred kratkim vzpostavila partnerski odnos, pa ni imel težav z drogo. Izjavile so, da partnerji skrbijo za otroke in jih sprejemajo. Pri vzgoji in negi otroka pa materi najbolj pomaga njena družina, predvsem ima tukaj pomembno vlogo njena mati. Največkrat prevzame skrb za otroka, ko hčerka aktivno uživa droge, ko zapusti dom in je lahko nekaj časa odsotna, skrb prevzema v času hospitalizacij oziroma takrat, ko se hčerka zdravi. Poleg skrbi za otroka pa ji družina daje tudi materialno in finančno pomoč. Brez te pomoči bi bila mati zaradi nizkega socialnoekonomskega statusa v hudi finančni in stanovanjski stiski in bi se spopadala z revščino. Prav zaradi odvisnosti od svojcev so matere večkrat navajale občutek, da ostajajo v vlogi otroka, kajti njihovi starši poskušajo na različne načine nadzorovati njihovo življenje ter jim prevzemati materinsko vlogo.

V okviru pomoči, ki jo zagotavljajo starši intervjuvank, pa si lahko postavimo vprašanje, kakšni so transgeneracijski vzorci družine, v katerih je preživela otroštvo mati, odvisna od prepovedanih drog, v kateri je bilo prisotno tudi nasilje in odvisnost, zdaj pa stari starši znova prevzemajo pomembno vlogo pri vzgoji in skrbi za vnuka. Vprašanje je, kakšna sporočila dobiva otrok, ki živi v taki družini, in kolikšna je verjetnost, da se bo tudi pri tretji generaciji razvila odvisnost, če se ti vzorci ne bodo prekinili.

Vse intervjuvanke so izrazile željo in potrebo po oblikah pomoči tako v odnosu do sebe kot tudi do svoje materinske vloge. V odnosu do sebe so njihove želje povezane predvsem z prenehanjem uživanja drog ter vzdrževanjem dolgotrajne abstinence, Rade bi se naučile vzpostaviti večjo samokontrolo ter obvladati svoja čustva. Čeprav so bile vse matere v

času, ko so bile intervjuvane, vključene v obravnavo zaradi težav z odvisnostjo, so izrazile potrebo po pomoči pri vzgoji otroka ter pomoči pri materinstvu. Predvsem so izrazile željo po oblikovanju podporne skupine z materami, ki imajo podobne težave, izkušnje. Želijo dobiti nasvete za vzgojo otroka, saj želijo biti dobre matere. Tezo, da bi matere, odvisne od prepovedanih drog, potrebovale tako pomoč pri zdravljenju odvisnosti in tudi pomoč pri vzpostavljanju materinske vloge, lahko torej v celoti potrdimo.

Poleg želje po pomoči pri materinski vlogi pa so tudi izrazile željo po drugačnem odnosu strokovnega osebja, ki bi odgovorilo na njihove potrebe ter jih sprejemalo kot matere, in ne samo kot odvisnice. V odnosu do strokovnega osebja in v stiku z institucijami, s katerimi so se intervjuvanke srečale med nosečnostjo, ob rojstvu otroka ter kasneje v vlogi matere, so navajale tako pozitivne kot negativne izkušnje, ter izkušnjo zaupanja in nezaupanja pri nekaterih ustanovah in strokovnem osebju, zato tezo, da matere, odvisne od prepovedanih drog, ne zaupajo institucijam in strokovnim delavcem, lahko delno potrdimo. Na podlagi intervjujev je bilo razvidno, da matere bolj zaupajo tistim strokovnim delavcem in institucijam, s katerimi redno prihajajo v stik. Kot pomemben element zaupanja so navedle znanje in izkušnje strokovnih delavcev, kar posledično pripomore k manjši stigmatizaciji matere in otroka, ter na zmanjšanje stereotipov in predsodkov tako na eni kot na drugi strani. Več nezaupanja so izrazile do socialnih služb, ki se ponavadi v družino vključijo takrat, ko je v resnični stiski in ima številne probleme, kar pomeni, da sta potrebna ukrepanje in intervencija v korist otroka, kar pa mati težko sprejme. Pretežno pa se matere socialnim službam poskušajo izogibati zaradi strahu pred odvzemom otrok, saj jih doživljajo kot institucijo nadzora.

Na podlagi intervjujev in izraženih potreb mater bi bilo treba v slovenskem prostoru oblikovati program, ki bi hkrati zagotavljal pomoč materam, ki imajo težave z odvisnostjo, ter pomoč pri vzpostavljanju vloge matere. Za zdaj v Sloveniji še ne obstaja program ali mreža pomoči, ki bi bila namenjena hkrati materi in otroku. Prav tako so otroci tisti, ki so ravno tako soudeleženi v problemu, nimajo pa v okviru ponujenega psihoterapevtske pomoči. Mati pa se prav zaradi stiske, da bi zapustila otroka in se od njega odtujila, velikokrat ne odloča za zdravljenje. V Sloveniji so institucije pomoči vezane zgolj na eno ali drugo področje dela. (odvisnost, skrb za otroka ...). Pomanjkljivost take pomoči je, da imajo strokovni delavci premalo znanja o enem ali drugem področju dela, vsak pa uporablja svoje metode dela, koncepte pomoči in vsak vztraja na svojem bregu, prepričan o svojih metodah dela, primanjkuje pa medsebojno sodelovanje in izhajanje iz potreb matere in otroka. Nepoznavanje posebnosti ter nepoznavanje enega ali drugega področja pri strokovnih delavcih velikokrat sproži stigmatizacijo, kar vodi v odpor ter neiskanje pomoči, takrat ko bi jo matere zares potrebovale.

6. PREDLOGI

- Strokovni delavci, ki so v stiku z nosečnicami in materami, ki imajo težave z odvisnostjo od prepovedanih drog, bi morali biti nanje pozorni ter poznati njihove posebnosti, zato je znanje pogoj za prepoznavanje težav in stisk nosečnic in mater.
- Znanje omogoča tudi prepoznavanje lastnih predsodkov, povezanih z različnimi koncepti materinstva. Potrebno je razgrajevanje predstav in stereotipov o materinstvu in o uživalci drog.
- Treba bi bilo omogočiti dostop do različnih informacij (kam se obrniti po pomoč, vpliv droge na otroka ...) prek zloženk, elektronskih virov na mestih, kjer se največkrat zadržujejo uživalke drog ter nosečnice in matere, kajti velikokrat zaradi strahu in neznanja ne vedo, kje iskati pomoč, kaj vprašati, kako vprašati ...
- Če se matere zdravijo zaradi odvisnosti od prepovedanih drog, bi morale imeti možnost, da se od otroka ne ločijo, ampak da sta v program vključena oba. To je še zlasti pomembno pri navezovanju stika med materjo in otrokom. Programi bi morali biti narejeni po meri matere in otroka z zavedanjem, da ne potrebuje pomoči samo mati, ampak tudi otrok. Materinska vloga je za tako žensko zelo pomembna ter veliko prispeva tudi k sami motivaciji za spremembo življenjskega sloga. Če bivanje skupaj z otrokom ni mogoče, si je treba prizadevati za pogoste in redne obiske otroka z ustrezno pomočjo, ki jo mati potrebuje.
- V procesu pomoči otrok ne sme biti pozabljen, prav tako mu je treba v konceptu pomoči omogočiti soudeležbo in sodelovanje, treba mu je prisluhniti ter spoštovati pravico do njegovega lastnega mnenja ter sodelovanja pri vseh stvareh, ki ga zadevajo, v skladu z njegovo starostjo in zrelostjo.
- Treba bi bilo oblikovati izvirni delovni projekt pomoči, ki bi bil namenjen materi, odvisni od prepovedanih drog, ter bi izhajal iz njenih potreb in želja. Socialne službe bi morale oblikovati in razviti specializirano ponudbo za matere, ki bi lahko obsegale individualno in skupinsko svetovanje za posebne potrebe mater.
- Različne institucije pomoči bi morale dolgoročno oblikovati povezave in nenehno sodelovanje, ki bi presegalo ukvarjanje samo s posameznimi problemi znotraj odvisniške družine.
- Matere, odvisne od prepovedanih drog, bi bile rade dobre matere, dobri starši, zato potrebujejo profesionalno pomoč, kjer bi dobile znanje ter bi se opremile z veščinami za starševstvo, zato pa potrebujejo suport in spremljanje ob učenju le-teh.
- Mnoge matere imajo iz otroštva izkušnjo deprivacije in zlorabe, kar posledično lahko vpliva na funkcionalnost njene družine, zato je treba razbiti družinska sporočila iz preteklih generacij ter mater naučiti novih načinov, kako vzgajati otroka in opravljati starševsko vlogo. Potrebna je podpora, da se mati znebi strahu, da ne zmore. To lahko dosežemo z oblikovanjem smernic, ki temeljijo

na neobsojanju in dobrem informiranju take matere in tudi drugih strokovnih delavcev, ki sodelujejo v izvirnem delovnem projektu pomoči.

- Začetke sodelovanja z materjo in njeno družino bremenijo odpor, stiska in številni problemi, zato bi morali biti na začetku vzpostavljanja delovnega odnosa bolj potrpežljivi, neobsojajoči, brez predsodkov in stereotipov, zato da se zagotovi odprt prostor za pogovor.
- V procesu instrumentalne definicije problema se je treba pridružiti materi, da razumemo njeno stisko, njeno življenje, odvisnost, strahove, nemoč ter hkrati poskušamo utemeljiti prihodnje sodelovanje. S tem bi se lahko približali materi in z njo vzpostavili bolj zaupljiv odnos.
- Družina mora imeti podporo in pomoč, če želi doseči spremembe. Mati mora pridobiti izkušnjo sprememb na bolje.
- Socialni delavec in preostali člani tima morajo za sodelovanje z materjo in njeno družino vzpostaviti spoštovanje ter začeti verjeti, da ima mati sposobnost, da reši problem, ter, da ima neodkrite vire moči in kompetence, ki so uporabne pri oblikovanju rešitev. Treba se je znebiti predsodkov in stereotipov, ki veljajo za mater, ki ima težave z odvisnostjo, češ da je manipulativna, da namerno škodi svojemu otroku ...
- V koncept pomoči materi in otroku je treba vnesti delovni projekt sodelovanja, kjer mati postane udeleženka v problemu ter nepogrešljiva sodelavka pri oblikovanju rešitve. Znotraj mreže pomoči bi morala dobiti prostor, kjer bi skupaj z drugimi mrežami prispevala k boljšemu razumevanju problema in k alternativnim rešitvam. S svojim sodelovanjem bi pridobila tudi lastno izkušnjo samospoštovanja in ravnanja s spoštovanjem drugih ter pogajanja.
- Mati bi morala imeti večjo možnost dostopa do socialnega servisa, kjer bi lahko pridobila finančne vire, stanovanje ter s tem boljše možnosti za abstinenco, za zdravo rast in razvoj otroka oziroma bolj kakovostno življenje.
- V odnosu z materjo je potrebno ravnanje iz perspektive moči, kar pomeni, da je treba povečati socialno moč matere ter odkriti in uporabiti njene vire moči, zato pa potrebuje usposabljanje oziroma pomoč, da bi jih mogla uporabiti. To so lahko dodatne informacije ali vzpostavljanje stika z drugimi ustanovami (nevladne organizacije za pomoč pri varstvu otroka, trening starševskih veščin, pisanje prošenj za službo, kako pridobiti socialno stanovanje ...).
- Treba bi bilo aktivirati naravno socialno mrežo ter upoštevati maksimo najmanjšega možnega posega v naravno socialno mrežo. Treba bi bilo skrbno pretehtati vsako prekinjanje vezi med materjo in otrokom ali grobo spreminjanje življenjskega okolja vseh udeleženi. Odvzem otroka ali namestitev v rejništvo mora postati samo skrajni ukrep.
- Treba bi bilo oblikovati podporno skupino za nosečnice in matere, kjer bi te prišle v stik z drugimi, ki imajo podobne težave. Skupina bi omogočila nove poglede na problem ter odkrivanje in razvijanje novih, bolj uporabnih strategij.

7. VIRI

1.1 LITERATURA IN ELEKTRONSKI VIRI

1. Adams, R., Dominelli, L., Payne, M. 1998. *Social Work, Themes, Issues and Critical Debates*. Weles; Creative Print Design.
2. Advisory Council on the Misuse of Drugs Prevention Working Group. 2003. *Hidden harm; Reaponding to the needs od children of problem of drug*. United Kindom. Dostopno prek; usershttp://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/hidden-harm?view=Binary (15.3.2009).
3. Auer, V. 2001. *Droge in odvisnost*. Ljubljana; Ibidem.
4. Barbar, J. 1997. *Socialno delo na področju zasvojenosti*. Ljubljana; CIP.
5. Beck, U., Beck-Gernsheim, E. 2006. *Popolnoma normalni kaos ljubezni*. Ljubljana; Fakulteta za družbene vede.
6. Branon, L. 1996. *Gender, Psychological Perspective*. Boston; Allyn and Bacon.
7. Berger, P. L, Luckman, T. 1998. *Družbena konstrukcija realnosti*. Ljubljana; CZ.
8. Bregant, L. 2000. *Ali je dojenje varno tudi pri visokih odmerkih metadona*. *Odvisnosti* 1(1/2); 36-38.
9. Bregant, L. 2003a. *Vpliv jemanja drog v nosečnosti na novorojenčka*. Zbornik predavanj - 13 srečanje pediatrov v Mariboru. Maribor; Splošno porodnišnica Maribor.
10. Bregant, L. 2003. *Pregled zlorabe drog v nosečnosti v Sloveniji v letu 1997-2001*. Zbornik predavanj- 13 srečanje pediatrov v Mariboru. Maribor; Splošna porodnišnica Maribor.
11. Brotman, D., Hutson, D. 1999. *Pregnant Addict and their Children*. New York; Maple Vail Book.
12. Carloson, B. 2006. *Best practise in the treatment of substance abusing women in the child welfere system*. *Journal for social practise in the addiction* Vol 6(3); 97-119.
13. Center for Substance Abuse Treatment. 2004. *Pregnant Substance Using Women*. Rockville; Center for Substance Abuse Treatment.
14. *Center za socialno delo Ljubljana-Šiška*. Dostopno prek; <http://www.csd-lj-siska.si/splosno/index.asp> (15.5.2009).
15. Cowan, J. 2001. *Treatment approches for child welfere mothers with addiction problems*. *Journal for social work practise in the addiction* Vol. 1/4; 5-35.
16. Čačinovič Vogrinčič, G. 1998. *Psihologija družine*. Ljubljana; Znanstveno in publicistično središče.
17. Čačinovič Vogrinčič, G. 2006. *Socialno delo z družino*. Ljubljana; Fakulteta za socialno delo.
18. Čačinovič Vogrinčič, G., (1992): *Psihodinamski procesi v družinski skupini*, Advance, Ljubljana.
19. Čačinovič Vogrinčič, G. 2002. *Teorije pomoči – koncept pomoči v socialnem delu*, Ljubljana; FDV.
20. Čačinovič Vogrinčič, G., Kopal, L., Mešl, N., Možina, M. 2005: *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika*. Ljubljana; CIP.

21. Čačinovič Vogrinčič, G. 2005. *Človeka mora biti več ne manj. Dr. Gabi Čačinovič Vogrinčič o sodobni družini*. Revija Viva. Dostopno prek: <http://www.viva.si/clanek.asp?arhiv=1&id=510> (16 junij 2009).
22. *Časopis za kritiko znanosti*. 1992. Droge na tehtnici. Letnik XX, št. 146–147. Ljubljana; Študentska organizacija univerze v Ljubljani.
23. Černič - Ištanič, M. 1998. *Proces oblikovanja družine v Sloveniji*. Teorija in praksa 40 (1/2); 45–65.
24. Dekleva, B., Grund, J., Nolimal, D. 1997. *Paradigma zmanjševanja škode kot politika droge*. Revija Mreža drog, letnik V/1997 št. 2–4; 35.45.
25. Dragoš, S., Leskovšek, V., Petrovič Erlah, P., Škerjanec, J., Urh, Š., Žnidarec Demšar, S. 2005. *Krepitev moči*. Ljubljana; CIP.
26. Drglin, Z. 2003. *Rojstna hiša, kulturna monotonija poroda*. Ljubljana; Delta.
27. Drglin, Z. 2009. *Obporodna zdravstvena skrb – vedno v dobro duševnega zdravja žensk*. Strokovno srečanje, duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo. Ljubljana; Inštitut za varovanje zdravja.
28. Dular, K. 2007. *Nosečnost in odvisnost od drog*. Diplomsko delo. Ljubljana; Filozofska fakulteta.
29. Ettore, E. 2007. *Revising Women and Drug Use*. London; Palgrave.
30. Evropski center za spremljanje drog in zasvojenostmi z drogami. 2008. *Stanje na področju problematike drog v Evropi*. Norveška. Dostopno prek: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008> (13.3.2009).
31. Evropski center za spremljanje drog in zasvojenostmi z drogami. 2008. *Women voices; Experiences and perceptions women who face drug-related problems in Europe*. Norveška. Dostopno prek: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_71266_EN EMCDDA-TP_women's%20voices.pdf (13.3.2009).
32. Finnegan, L.P. 2000. *Challenges in the assesment and treatment of drug dependent women of chilbearing age*. Odvisnosti 1(1/2); 35–69.
33. Flaker, V. 2002. *Živeti s heroinom 1. Družbena konstrukcija uživalca v Sloveniji*. Ljubljana; CF.
34. Flaker, V. 2002. *Živeti s heroinom 2. K zmanjševanju škode*. Ljubljana; CF.
35. Flavin, J. 2002. *A glass half full? Harm reduction among pregnant women who use cocaine*. Journal of Drug Issues Vol. 32 Issue 3; (973–998).
36. Franklin, C., Jordan, C. 1999. *Family Practise. Brief Systems Methods for Social Work*. London; KTP.
37. Giddens, A. 2000. *Preobrazba intimnosti; spolnost, ljubezen in erotika v sodobnih družbah*. Ljubljana; Založba C*f.
38. Goffman, E. 1963. *Stigma, Notes of Management of Spoiled Identity*. New Jersy; Pracisee Hall.
39. Grebenc, V. 2003. *Zmanjševanje socialne škode povezane z uživanjem drog in iskanje odgovorov v skupnosti*. Magistrsko delo. Ljubljana; FDV.
40. Hočevár, A. 2005. *Preprečevanje rabe in zlorabe drog. Starši med stroko in ideologijo*. Ljubljana; Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
41. Hogan, L. 1998. *Maternal and parental drug misuse and outcomes for children; Identifying risk and protective factors*. Drug and alcohol review Vol15/3; 142–163.

42. Inštitut za varovanje zdravja. 2008. *Nacionalno poročilo na področju drog*. Ljubljana. Dostopno prek; <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1659> (12.2.2009).
43. Jogan, M. 1999. *Družbena konstrukcija hierarhije med spoloma*. Ljubljana; FDV.
44. Jogan, M. 1997. *Intelektualna produkcija in seksizem*. Ljubljana; FDV.
45. Kanduč, Z. 2006. *Droge, zapori, ženske – postmoderna družba in njene zasvojenosti*. Ljubljana; CIP.
46. Kanduč, Z. 1998. *Kriminalno vedenje in kulturni pritiski*. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo* št. 2/3; 3–15.
47. Kastelic, A. 2002. *Mladostnik in droga*. Ljubljana; CIP.
48. Kastelic, A., Zver Skomina, J., Kostnapfel Rihtar, T. 1999. *Ženske in droge*. Ljubljana; Odsev se sliši.
49. Klee, H., Jackson, M., Lewis, S. 2001. *Drug Misuse and Motherhood*. New York; Routledge.
50. Krek, M. Mišigok-Krek, J. 1999. *Nosečnost in odvisnost od nedovoljenih drog*. *Zdravstveno varstvo* 38; 247-258.
51. Kuhar, M., Renner, T., Švab, A. 2006. *Družina in njene nove podobe*. *Socialni razgledi* 3; 23-45.
52. Kumpfer, L. 2001. *Links between prevention and treatment for drug abusing women and their children*. *Journal for social work practise in the addiction* Vol 1(2); 3-22.
53. Kvaternik Jenko, I. 2006. *Politika drog, Pogledi uporabnikov in uporabnic*. Ljubljana; BOEX OTP.
54. Lovrenčič, M., Drobne, M., Vegnuti, M. 2004. *Ženske in prepovedane droge*. *Zdravstveno varstvo* 43. Dostopno prek; http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/693-zenske_in_prepovedane_droge.pdf (13.3.2009).
55. Lundgren, L., Schilling, R., Peloquin, S. 2005. *Evidence-Based Drug Treatment Practice and the Child Welfare System The Example of Methadone*. *Journal of Social Work*, Vol. 50 Issue 1; 53–63.
56. Mcnamme, S., Gergen, K. 1997. *Therapy as Social Construction*. London; Sage Publication.
57. Mesec, B. 2007. *Metodologija raziskovanja v socialnem delu*. Ljubljana; Fakulteta za socialno delo.
58. Mesec, B. 2007. *Kvalitativna metodologija*. Ljubljana; Fakulteta za socialno delo.
59. Može, A. 2002. *Odvisnost od alkohola: razvoj in zdravljenje*. Idrija: Bogataj.
60. Murphy, S., Rosenbaum, M. 1999. *Pregnant Women on Drugs: Combating Stereotypes and Stigma*. New Jersey: Rutgers University Press.
61. Nastran Ule, M. 1999. *Predsodki in diskriminacije*. Ljubljana; Znanstveno in publicistično središče.
62. Nastran Ule, M. 2000. *Temelji socialne psihologije*. Ljubljana; Znanstveno in publicistično središče.
63. 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.

64. Nolimal, D., Leskovšek, E., Pokrajac, T. 2008. *Ovire v dostopnosti in dosegljivosti programov pomoči, vidiki uporabnikov prepovedanih drog v Sloveniji*. Ljubljana; Littera Picta, d. o. o..
65. Oakley, A. 1974. *Gospodinja*. Ljubljana: Založba/ *cf.
66. Poglajen, Katja. 2007. *Navezanost otroka na mater*.
<http://www.ringaraja.net/clanekNatisni.asp?idClanek=672> (12.2.2009).
67. Polajner, B. 2006. *Programi visokega praga za abstinente od drog v Sloveniji, Problematika drog v Sloveniji 2005. Zbornik referatov s posveta*. Ljubljana; Državni svet Republike Slovenije
68. Polajner, B. 1998. *Vrednote zasvojenih z drogami*. Ljubljana; Filozofska fakulteta.
69. Polajner, B. 2006. *Visokopražni abstinenčni programi: primer celostne obravnave zasvojenosti*. *Odmevi* 10; 32–34.
70. Polajner, B. 2006. *Programi visokega praga za abstinente od drog v Sloveniji. Problematika drog v Sloveniji 2005. Zbornik referatov s posveta*. Ljubljana; Državni svet Republike Slovenije.
71. Praper, P. 1996. *Razvojna analitična psihoterapija*. Ljubljana; Inštitut za razvojno psihoterapijo.
72. Reed, K. 2000. *Drug using mothers, social, psychological and substance use problems of women opiate users with children*. *Drug and alcohol review* Vol 19-2; 171-180.
73. Rener, T., Sedmak, M., Švab, A., Urek, M. 2006. *Družine in družinsko življenje v Sloveniji*. Koper; Založba Annales.
74. Rener, T. 1992. *Razmerje med zasebno in javno dimenzijo družine in spolna struktura zasebnosti*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
75. Rener, T. 1993. *Politika in materinjenje ali Fathers Knows Best: for Him the play, for Her the Rest*. *Časopis za kritiko znanosti* XXI. (162/163); 15–22.
76. Rener, T., Stropnik, N. 1998. *Resolucija o temeljih oblikovanja družinske politike*. Ljubljana; Inštitut za socialno varstvo.
77. Sande, M. 2004. *Uporaba drog v družbi tveganj: vpliv varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja*. Ljubljana; Pedagoška fakulteta.
78. Satir, V. 1995. *Družina za naš čas*. Ljubljana; Cankarjeva založba.
79. Saleeby, D. 1997. *The Strength Perspective in Social Work Practise*. Boston; Allyn and Bacon.
80. Skynner, R., Chesse, J. 1994. *Družine in kako v njih preživeti*. Ljubljana; Tangram.
81. Stefanovski, P. 1996. *Socialno delo, ki akceptira uživanje droge*. *Socialno delo* 35 št. 4; 289–302.
82. Street, K., Harrington, J., Chiang, W., Cairns, P., Ellis, M. 2004. *How great is the risk of abuse in infants born to drug-using mothers?* *Child Care, Health & Development* Vol. 30 Issue 4; 325–330.
83. Symposium organised by the Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs 1997. *Pregnancy and Drug Misuse*. Strassbourg; ISBN.
84. Švab, A. 2001. *Družina od modernosti k postmodernosti*. Ljubljana; Znanstveno in publicistično središče.
85. Švab, A. 2000. *Sociologija družine in spremembe v družinskem življenju v postmoderni družbi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

86. Tekavčič Grad, O. 2003. *Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah. Priročnik za svetovanje*. Ljubljana; CIP.
87. Tomori, M. 1994. *Knjiga o družini*. Ljubljana; EWO.
88. Vries, Sief de, Baukamp, R. 1995. *Psihosocialna družinska terapija*. Logatec; Firis.
89. Ule, M., Kuhar, M. 2003. *Mladi, družina, starševstvo*. Ljubljana; Fakulteta za družbene vede.
90. Ule, M., Kuhar, M. 2006. *Mladi, družina, starševstvo. Spremembe življenjskih potekov v pozni moderni*. Ljubljana; Fakulteta za družbene vede.
91. Ule, M., Rener, T., Mencin Čeplak, M., Tivadar, B. 2000. *Socialna ranljivost mladih*. Ljubljana; Založba Aristej.
92. Ule, M. 1993. *Psihologija vsakdanjega življenja*. Ljubljana. Znanstveno in publicistično središče.
93. Vidrih, N. 2004. *Identiteta uživalcev drog*. Koper; Fakulteta za humanistične študije.
94. Zaviršek, D. 1996. *Ženske in duševno zdravje*. Ljubljana; CIP.
95. Zavrl, N. 1999. *Očetovanje in otroštvo*. Ljubljana; CIP.
96. Židanik, M. 2001. *Sindrom odvisnosti od alkohola: priročnik za ljudi, ki so od alkohola odvisni, za ljudi, ki so na poti v odvisnost, ter njihove svojce in prijatelje*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca.
97. Walker, J. 1999. *High risk pregnancy- management options*. London; Sanders WB.
98. Watherton, C., and others. 1998. *Drug Addiction Research and the Health of Women*. Rockville; Nich Publication.
99. Whittaker, A. 2003. *Substance missuse in pregnancy*. Edinburg; NHS Lathian.
Dostopno prek;
http://www.nhslothian.scot.nhs.uk/news/publications/substance_misuse_pregnancy.pdf
100. Woods, J. 2005. *Cocaine addiction among pregnant women*. National insitute of drug abuse. Dostopno prek; <http://www.customwritings.com/.html> (18.7.2009).
101. Wong, J. Y. 2006. *Social support; A key to possitive parenting. Outcomes for mothers in residential drug treatmentwith children*. The Haworth Press, Inc. All rights reserved. Dostopno prek: <http://www.haworthpress.com/web/JSWPA> (13.2.2009).

1.2 KAZALO TABEL

Tabela 4.4.1.; Tveganja pri razvoju in zdravju otrok, katerih starši imajo težave z odvisnostjo	67
Tabela 7.2.2.; Osnovni podatki o intervjuvankah	94
Tabela 7.4.3.; Primer vsebinskega kodiranja	96
Tabela 8.3.4.; Socialni ekonomski položaj intervjuvank	122

1.3 KAZALO PRILOG

Priloga A; Število mater vključenih na center za socialno delo, oblike pomoči ter težave s katerimi se srečujejo strokovni delavci	138
Priloga B; Število mater vključenih na centre za preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog, oblike pomoči in težave s katerimi se srečujejo strokovni delavci	140
Priloga C; Ureditev izjav po kodah in združevanje v kategorije	142
Priloga D; Kodiranje izjav	155

8. PRILOGE

Priloga A; Število mater vključenih na center za socialno delo, oblike pomoči ter težave s katerimi se srečujejo strokovni delavci

	Center za socialno delo	Število mater	Oblike pomoči, ki jih prejema mater v okviru CSD	Težave, s katerimi se srečujejo strokovni delavci CSD pri delu z materami
1	Kamnik	8	Socialno varstvena pomoč (redna in izredna denarna socialna pomoč, prva socialna pomoč, osebna pomoč, pomoč družini za dom, javna pooblastila (ukrepanje)	Neustrezno sodelovanje s strani mater odvisnic s CSD, izmikanje odgovornosti (starševstvo, partnerstvo)
2	Lendava	2	Uveljavljanje denarne socialne pomoči po zakonu o socialnem varstvu, materialne pravice (otroški dodatek, starševski dodatek), prva socialna pomoč, pomoč družini za dom, prostovoljnost uporabnic je nujni element, sodelovanja z drugimi terapevtskimi skupnostmi- Reto Center, kjer sprejmejo mamo in otroka	Zagotavljanje primernih pogojev in skrbi za otroke. Mater potrebujejo veliko pomoči, pri zagotavljanju varnega in stabilnega okolja za primerno skrb za otroka Materam pri vsakodnevni skrbi za otroka nudijo pomoč predvsem starši in drugi sorodniki
3	Logatec	1	Spremljanje matere v okviru javnih pooblastil oziroma postopek ugotavljanja ogroženosti mladoletnega otroka, izvajanje socialno varstvenih storitev (pomoč družini za dom)	Nedržanje dogovorov, občutek ogroženosti (meni, da je okolje do nje odklonilno oziroma se nanjo odziva stereotipno), nekritičnost do socialne problematike
4	Črnomelj	0		
5	CSD Ribnica		0	
6	Metlika	0		
7	Hrastnik	1	Osebna pomoč, svetovanje, brezplačen prevoz v metadonsko ambulantno v Trbovlje	Nezanimanje za brezplačno pomoč z svetovanje in materialno pomoč (žetoni)
8	Slovenska Bistrica	1	Socialno varstvena pomoč (otroški dodatek, denarna socialna pomoč, izredna denarna socialna pomoč, možnost vključitve v svetovanje ter urejanje zdravljenja, pridobivanje informacij o oblikah pomoči, začetek postopka zaradi zanemarjanja otroka	Neupoštevanje dogovora v uri in datumu razgovora, minimaliziranje odvisnosti in pomanjkanje motivacije za nadaljnje zdravljenje, nekritičnost do skrbi za otroka
9	Slovenj Gradec	0	Možnost vključitve v program osebne pomoči, pomoč družini za dom, denarna socialna pomoč	
10	Ajdovščina	0		
11	Idrija	0	Možnost vključitve v program osebne pomoči, pomoč družini za dom, denarna socialna pomoč	
12	Jesenice	5	Socialno varstvena pomoč (otroški dodatek, denarno socialna pomoč, izredna denarna socialna pomoč, svetovanje ter urejanje zdravljenja,	Pomanjkanje motivacije za zdravljenje, zanemarjanje otroka

			vključitev v nizkopražni program)	
13	Trbovlje	0	Enkrat mesečno poteka informativna pisarna Društva Up ter skupina za samopomoč svojcem odvisnikom, storitve, prve socialna pomoč in osebna pomoč	
14	Tržič	1	Denarna socialna pomoč	
15	Ptuj	0		
16	Nova Gorica	Ni evidence	Socialno varstvene storitve; svetovanje posamezniku ali družini, urejanju različnih pomoči in socialne mreže, Javna pooblastila; starševsko varstvo, urejanje preživetja, zaščita mladoletnih otrok, največ je denarnih socialnih pomoči	Pogosto iz strahu, da bi njihovega otroka odvzeli in namestili drugam, odklanjajo vsakršno sodelovanje s CSD, zanikanje odvisnosti
17	Ljutomer	1	Informacije o možnostih zdravljenja, storitev osebne pomoči, storitev pomoč družini za dom (pomoč pri vzgoji)	Zanikanje in manipulacija, izgovor, težko sledijo zadanim dogovorom, zanikanje lastne odvisnosti
18	Ljubljana-Bežigrad	5	Vključitev v program osebne pomoči, denarna socialna pomoč, rejništvo	Nesposobnost za izvrševanje starševskih dolžnosti, materialna nepreskrbljenost, glede na osebnostno strukturo- neprimeren pristop, nevrotična reagiranja
19	Gornja Radgona	2	Osebna pomoč (podpora pri urejanju njenega življenja), pomoč družini za dom (na dom prihajajo svetovalke, ki so v oporo materi pri raznih opravilih)	Nihanje razpoloženja, nestabilnost, nezmožnost sprejemanja odločitev, ni vztrajnosti za doseg cilja, prenašanje odgovornosti za svoje življenje na druge
20	Trebnje	0		
21	Šmarje pri Jelšah	0		
22	Postojna	1	Pomoč družini za dom	Nepopolna skrb za otroka, materialne težave matere, šibka socialna mreža, mati je brezposelna ima težave pri iskanju zaposlitve, oče otrok ima težave z odvisnostjo
23	Cerknica	0		
24	Črnomelj	0		
25	Dravograd	0		
26	Laško	0		
27	Kočevje	3		
28	Koper	Ni evidence		
29	Vrhnika	3	Prva socialna pomoč, pomoč družini za dom, denarna socialna pomoč	

30	Lenart	0		
31	Litija	0		
32	Logatec	1		
33	Metlika	0		
34	Ravne na Koroškem	0		
35	Ruše	0		
36	Slovenj Gradec	0		
37	Slovenska Bistrica	1		
38	Slovenske Konice	0		
39	Šentjur	0		
40	Sežana	3		
41	Kranj	4		
	Skupaj	43		

Priloga B; Število mater vključenih na centre za preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog, oblike pomoči in težave s katerimi se srečujejo strokovni delavci

	Center za preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog		Oblike pomoči, ki jih prejemaajo matere v okviru CPZOD	Težave, s katerimi se srečujejo strokovni delavci CPZOD pri delu z materami
1	Novo Mesto	4	Metadonska terapija, svetovanje, pomoč pri vzgoji otroka, usmeritev k pediatru	Odklonilni odnos do odvisnosti na ginekološkem- porodniškem oddelku
2	Celje	10	Obravnava pri zdravniku, psihiatru in psihologu, substitucijska terapija	Moralne dileme in ugotavljanje suma zanemarjanja otroka, slabo sodelovanje s CSD, neukrepanje CSD
3	Piran	6	Substitucijska terapija, svetovanje, napotitev k ginekologu, psihoterapevtsko svetovanje in terapija	Nobeni posebnih težav, zanima jih, kako bo substitucija vplivala na razvoj otroka
4	Brežice	6	Nadomestna terapija, individualna zdravstvena vzgoja (redni ginekološki	Brez težav

			pregledi, svetovanje o vzgoji in negovanju otroka)	
5	Ilirska Bistrica	1	Metadonska terapija, pogovor z zdravnikom in medicinsko sestro	Nimajo nobenih težav razen, da uporabnica prihaja po metadon z otrokom
6	Logatec	9	Substitucijska terapija, nasveti, svetovanje in podpora, psihosocialna obravnava, pomoč psihologa in psihiatra, skupina za "osebno rast", sodelovanje s CSD, sodelovanje z zavodom Tamala	- Bojazen, da bi otroci prišli do psihoaktivnih snovi, - Pogosto so stari starši obremenjeni z odvisnostjo od alkohola, - Slabe vzgojne in socialne veščine staršev, - Oddaljenost njihovega bivališča od centra
7	Pivka	2	Vzdrževalni metadonski program, psihosocialna podpora, enkrat mesečno pogovor z psihologinjo	Zanemarjanje otroka, prostitucija
8	Izola	1	Substitucijska terapija, pogovor z sestro in zdravnikom	Brez težav
9	Koper	15		Brez težav
10	Kranj	12		Brez težav
11	Ljubljana	32		Brez težav
12	Maribor	23		Brez težav
13	Murska Sobota	14		Brez težav
14	Nova Gorica	8	Substitucijska terapija, pogovor s psihiatrom, medicinsko sestro, psihologom	Mati tožila center zaradi informiranja socialne službe
15	Sežana	4		Brez težav
16	Trbovlje	1		Brez težav
17	Velenje	6		Brez težav
18	CZOPD	12	Celostna obravnava, detoksikacija, psihoterapija, gender skupina, delo s svojci, obisk otrok, poseben apartma za mater	Slabo sodelovanje s socialnimi službami
	Skupaj	166		

Priloga C; Ureditev izjav po kodah in združevanje v kategorije

1. NOSEČNOST

Planiranje nosečnosti

- nenačrtovana nosečnost

2 Zanosila sem nenapovedano

3 Nosečnost je bila nenapovedana

4 Prvič ni bil načrtovan otrok, drugič je bilo še bolj tako

5 Bil je nenapovedan otrok

6 ...ko sem bila že noseča pa nisem vedela, da sem noseča, ker sem imela probleme z menstruacijo

7 To je bila nenačrtovana nosečnost

- pozno ugotovljena nosečnost

2 Šla sem k ginekologinji na pregled, kjer je ona ugotovila, da sem že šest tednov noseča

6 sem bila že noseča pa nisem vedela, da sem noseča, ker sem imela probleme z menstruacijo, imela sem neredno menstruacijo, ampak kot da bi neki čutila, da se dogaja v meni

- hotele narediti splav

4 sem šla na komisijo, ker sem hotela narediti splav, nisem, vedela, da sem že toliko noseča

- o splavu niso razmišljale

1 takrat mi na kraj pameti ni padlo, da bi naredila splav

7 samo nisem hotela splava delat, ker sem ga že enkrat.

- veselje ob novici

1 sem bila zelo vesela tega otroka, mi ni bilo jasno kako to tako hitro sam sem bi res vesela

2 Nisem mogla verjeti, da je to možno, to je bil najsrečnejši dogodek

3 Sem bila vesela, ko sem izvedela, da sem noseča

5 Na začetku sem bila zelo vesela, da sem noseča

Strategije zmanjševanja škode

- prekinitev uživanje droge

1 Abstinirala sem celo nosečnost

2 ko sem izvedela, da sem noseča sem takoj nehala uživati drogo

6 In takrat sem tudi prenehala in nisem imela nobene krize

- stabilnost na substitucijski terapiji

3 da sem celo nosečnost vzdrževala stabilno dozo metadona.

7 nisem nič jemala, samo tist metadon in antidepresive, pa čisto nič drugega

4 Trenutno imam odmere 120mg ravna ta teden mi ga je zdravnik dvignil, prej sem ga imela 100

5 Jaz sem se ravno prijavila na metadon in sem izvedela, da sem noseča, zdravnik rekel, da moram ostati na metadonu

- zmanjšanje kajenja

3 Kadit nisem nehala vendar sem ful zmanjšala.

2 tudi kajenje sem zmanjšala, pokadila sem 10 cigaret

4 Sedaj med nosečnostjo kadim ampak tisto minimalno, toliko da kakšnega pokadim

7 sem kadila vendar sem zmanjšala iz ene škatle na 7 cigaret

- kajenje kot manj škodljivo vedenje

2 Z drogo sem nehala, ko sem izvedela za nosečnost, celo nosečnost pa sem kadila

-informiranje o tveganjih in posledicah

1 Imela sem vse informacije o tem kako droga vpliva na plod, kakšne so posledice uživanja droge

4 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

- neinformiranje o tveganjih in posledicah

7 Med nosečnostjo nisem dobila nobenih informacij kako droga vpliva na otroka
 - **iskrenost v korist otroka**
 6 bila potem z vsemi odkrita bila pripravljena na vse, ker sem si želela tega otroka
 - **več pregledov**
 2 V času nosečnosti sem redno hodila na ginekološke preglede
 2 zato sem šla delat test za mongoloidnost, pa je bilo vse ok.
 3 skozi sem tudi hodila na ultrazvoke
 5 Ko sem bila noseča sem na vsake tri tedne hodila na ultrazvok
 6 Imela sem več pregledov
 7 Več sem hodila na preglede
 - **skrb za zdravje**
 7 Zelo sem se čuvala med nosečnostjo
 - **upoštevanje nasvetov strokovnega osebja**
 4 striktno se držim tega kar mi reče zdravnik.
 3 sem potem klicarila naokoli kako pa kaj in so mi potem povedali, da na tej dozi kot sem morm 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
 - **obiskovanje materinske šole**
 2 hodila sem v materinsko šolo
 - **pridobivanje informacij pri drugih materah odvisnicah**
 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

Počutje

- **nihanja razpoloženja**
 2 Med nosečnostjo sem imela težave s hormoni, da sem bila dosti bolj čustvena, pa glede razpoloženja se mi je spreminjalo
 4 med nosečnostjo sem imela težave s hormoni, pa razpoloženje se mi je spreminjalo
 5 bila je skoz neka napetost
 - **depresija**
 1 Ful sem bila živčna non stop sem jokala
 - **osamljenost**
 2 ker sem bila noseča, njega ni bilo nič doma,skoz sem bila sama
 - **slabo fizično počutje**
 1 bruhal sem devet mesecev
 4 pri prvi nosečnosti sem morala metadon po žlički pit, sem ga večkrat izbruhal
 2 V osmem mesecu bi kmalu rodila zaradi velikega napora in dela na hiši
 5 imela sem krizo, do zadnjega dneva sem bruhal
 5 Celo nosečnost sem skoraj ležala. ful slabo skozi celo nosečnost od 9 meseca sem bruhal
 - **občutki krivde zaradi uživanja metadona**
 7 Pekla me je vest, da sem na metadonu in da bom mamica
 - **strah pred porodom**
 1 Bala sem se poroda.
 2 Ko so se začeli popadki sem bila živča, kadila sem cigareto za cigareto.
 7 Zelo me je bilo strah poroda, ko sem imela popadke, sem skoraj sem doma rodila
 4 Strah me je bilo nisem vedela točno kako bo
 - **strah za nerojenega otroka**
 2 Bala sem se, da bom z otrokom kaj narobe
 3 Med nosečnostjo me je bilo zelo strah kako bo z otrokom
 5 potem pa me je bilo zmeraj bolj strah, strah me je bilo, da bo kaj narobe z otrokom
 6 bala sem se, da bo z njim kaj narobe
 7 Strah me je bilo kaj bo z otrokom, čeprav na srečo je vse v redu

Odnos do odvisnosti

- nosečnost kot motivacija za neuživanje droge

- 2 Takrat sem aktivno uživala drogo, ko sem izvedela, da sem noseča sem takoj nehala
3 vendar sem zmanjšala odmere prej sem pila 120 mg, v času nosečnosti pa 30 mg metadona
6 takrat sem rekla, otrok raste v meni ne smem se drogirati
6 da sem se drogirala do tistega dne, ko sem izvedela za nosečnost

- želja po drogi

- 1 mi je bilo težko abstinerati, če ne bi bila noseča bi že prej recidivirala doktor me je hotel že dati na metadon, na majhno dozo, nekako potem nisem hotela, ni mi bilo

- nosečnost kot možnost za spremembo

- 5 Z nosečnostjo se je veliko spremenilo, prej nisem razmišljala o tem, da bi se vključila v kakšen program, sedaj sem začela premišljevati, da nekaj naredim, da se bo hčerka nekaj naučila

Partnerski odnos

- partnerjevo veselje ob novici

- 2 najprej je bil presenečen potem pa vesel
3 Tudi on je bil vesel
5 bila sva obadva zato, torej otrok je bil zaželen
7 tudi on je bil zelo vesel

- upanje na izboljšanje partnerskega odnosa

- 2 Upala sem, da bo z drogo nehal, vendar ni bilo nič ni bilo drugače v najini zvezi, samo še slabše
5 on je bil tako ljubosumen, še potem, ko sem noseča ratala sem mislila, da se bo nehalo ampak je bil še bolj

- odnos s partnerjem se je poslabšal

- 1 Ko sem bila par mesecev noseča sem že videla, da ne bom bila z njim, da nisva za skupaj
2 Nič ni bilo drugače v najini zvezi, samo še slabše

- prekinitev partnerske zveze zaradi nasilja

- 5 S partnerjem sva šla narazen, ko sem bila dva meseca noseča ko sva šla narazen sem vedela, da moram iti tudi zaradi otroka nikoli ni bil nasilen vendar me je psihično matral

- prekinitev partnerske zveze ob novici

- 6 in potem glih tisti trenutek, ko sem ugotovila, da sem noseča sva se razšla

- partner ostal stabilen na substitucijski terapiji

- 3 Partner je bil takrat tako kot jaz skoz na metadonu
4 Že ko sva se s partnerjem spoznala sva bila skoz na metadonu, drugih substanc ne jemljeva
5 ko sem zanosila je on šel na metadon
7 Partner je skoz samo na metadonu,

- partnerjevo prekrivanje uživanja drog

- 1 Partner je ful pil že ko sem bila noseča, na skrivaj in nisem opazila, ker njemu se ni nič poznalo. tudi metadon je na skrivaj pil

Odnos do staršev

- veselje mame ob novici

- 1 Tudi doma so bili veseli, doma so me vedno silili s tem otrokom, mama mi je govorila, da imajo vsi vnuke samo jaz jih nimam

- dvom staršev o sposobnosti opravljanja materinske vloge

- 6 ona je mislila, da ne bom znala skrbet za otroka

Socialna mreža

- prekinitev stika z odvisniško družbo

- 2 Sama z njim nisem več hodila v družbo, kjer so se drogirali

- ohranitev stika z odvisniško družbo brez uživanja droge

- 4 bila sem samo na metadonu, čeprav sem bila v taki družbi, da so mi ponujali drogo sem rekla ne
6 pa sem bila v isti družbi pa nisem več nobenega jointa pokadila

Odnos do strokovnih služb

- informiranje ginekologa o odvisnosti

- 1 Ginekologinja je vedela, da imam težave z drogo, priporočil mi jo je doktor na metadonskem centru

4 Ginekolog vse ve, kaj se z mano dogaja, ker me pozna že zelo dolgo
 5 Ginekologinji sem takoj povedala, da ima težave z drogo, mi je takoj razložila kako in kaj
 6 Ginekologu sem povedala, da sem se drogirala do tistega dne, da sem še ta dan vzela
 7 jaz sem takoj povedala ginekologinji kakšne težave imam, je tudi v kartonu pisalo
- pozitiven odnos strokovnih služb
 1 Nikoli nisem odnos strokovnega osebja do mene negativno, imeli sem zelo dobre odnose nikoli obsojajoče
 5 Moja ginekologinja, ki me je spremljala v času nosečnosti, je imela dober odnos
- prikrivanje odvisnosti
 3 ginekologinji nisem povedala, da imam težave z drogo, pa tudi ugotovili niso
 2 ginekologinji nisem nikoli povedala, da sem imela težave z drogo
- negativen odnos strokovnih služb
 5 zdravnik, ki se ukvarja z odvisniki se mi ni dopadel, obnašal se je do mene grdo predvsem takrat, ko sem bila noseča On misli, da tistim, ki so na metadonu se to ne bi smelo zgoditi
- nezaupanje strokovnim službam
 3 V tem času, ko sem bila noseča nisem bila vključena v noben program,
- zaupanje strokovnim službam
 4 Ginekolog vse ve, kaj se z mano dogaja, ker me pozna že zelo dolgo iz najstniških let
 4 Vse informacije v zvezi z metadonom koliko ga moram jemati, kako vpliva lahko droga na dojenčka mi je dal psihiater v metadonskem centru
 5 Hodila sem k ginekologinji, ki se ukvarja prav z nosečnicami, ki imajo težave z odvisnostjo
- pridobivanje informacij od strokovnega osebja
 4 Vse informacije v zvezi z metadonom koliko ga moram jemati, kako vpliva lahko droga na dojenčka mi je dal psihiater v metadonskem centru
- neinformiranje ginekologa o posledicah
 Ginekologinja mi ni vzela krvi za hepatitis, čeprav je vedla, da sem na metadonu, 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

2. POROD IN POPORODNO OBDOBJE

Doživljanje poroda

- slabi spomini na porod
 1 Imam ful slabe spomine na porod zelo me je bolelo, stokrat rajši imam abstinenčno krizo kot pa še en porod
 2 Ne vem katera bolečina se lahko primerja s porodom
 6 Porod je bil zelo težek
- nesodelovanje ob porodu
 5 nisem sodelovala, zato je hčerki začel padati utrip srca, zato sem rodila s carskim rezom
 6 bila sem nezainteresirana, ker me je vse bolelo
- veselje ob rojstvu otroka
 2 Nisem vedela, kaj bom rodila, zato sem bila vesela, da je punčka, najbolj me je razveselilo to, da je zdrava
 3 sem bila vesela tamale
 6 otrok je enkraten, ker se je rodil normalen, bala sem se, da bo z njim kaj narobe
 7 Ko sem rodila je bil to zame najlepši dogodek na svetu, ni nobene droge take, da bi to izenačilo
- olajšanje
 6 otrok je enkraten, ker se je rodil normalen, bala sem se, da bo z njim kaj narobe
 2 najbolj me je razveselilo to, da je zdrava

Abstinenčna kriza otroka

- minimaliziranje abstinenčne krize
 3 sem videla, da se trese vendar sem opazila, da samo takrat, ko je bil lačna, tako, da po moje je bil samo lačna, ker so ji tudi v porodnišnici dali premalo jest
 7 vsi so podobno jokali, dali so ji sirup, pa je bilo v redu
- primerjanje z drugimi otroki

3 ko sem ji dala jest je spala po 2 3 uri, kot drugi dojenčki, tako, da po moje je bil samo lačna, ker so ji tudi v porodnišnici dali premalo jest
 4 ker tiste mame, k so na kokainu, imajo njihovi dojenčki grozljivo krizo, krče. Če piješ metadon še ni tako hudo
 5 Moja je imela krizo samo 10 dni, od sestre hčerka pa mesec in pol
 7 Je jokala, so mi rekli, da moja drugače joka, pa sem gledala druge dojenčke pa so vsi isto jokali
 - **slabi občutki ob krizi otroka**
 4 Ko ima otrok abstinenčno krizo vidiš kakšne posledice ima droga, je že dobival svečke potem vidiš, da je hudo, da se trese
 5 Bila je 10 dni v bolnici, bilo mi je hudo rekla, sem da naj ji nehajo dajat kapljice,

Dojenje

 - **nedojenje zaradi občutka ogrožanja otroka**
 4 jaz sem se počutila tako, kot da bi mu še jaz zraven dajala metadon, tega nisem mogla
 - **prekinitev dojenja po nasvetu v porodnišnici**
 1 in so mi v porodnišnici rekli, da boljš da ne dojim
 5 potem mi je zdravnica odsvetovala, tudi zaradi hepatitisa, ni jokala toliko
 7 Dojila sem samo 5 dni, niso vedli, kaj bi bilo boljše zame in za otroka
 - **prekinitev dojenja, ker otrok ni imel sesalnega refleksa**
 1 pa tudi otrok. ni imel sesalnega refleksa
 3 ni znala vleči, tako, da sem si mleko stiskala tri mesece, potem sem nehala

Počutje

 - **poporodna depresija in psihoza zaradi stiske**
 7 Po porodu se je pojavila poporodna depresija tudi psihoza, vse sem narobe mislila, da je cel svet proti meni, pa da sem mamica in da sem na metadonu
 - **v vlogi matere se ni znašla**
 2 ob rojstvu otroka sem bila živčna, napeta nisem vedela, kako ravnati z otrokom, ker se na začetku nisem znašla

Odnos do odvisnosti

 - **recidiv zaradi želje po drogi**
 1 Takoj po porodu sem se zadela, že prvi dan mi je partner v porodnišnico prinesel drog
 - **ponovno zviševanje substitucijske terapije**
 3 ko je bila hčerka stara 3 mesece sem si začela zviševati metadon
 - **recidiv, ker je otrok ni več toliko potreboval**
 5 Dva meseca po porodu sem začela ponovno intenzivno uživati drogo, ko je otrok začel rasti
 6 Potem, ko me ni več skoz potreboval, sem začela zahajati ven nazaj v odvisniško družbo
 7 po treh letih sem se ponovno navezala z družbo, hčerka je že malo zrasla, ni me več toliko rabla
 - **recidiv ob vrnitvi partnerja**
 2 potem je izginil in se vrnil nazaj domov, takrat sem recidivirala
 - **recidiv kot nagrada za dosedanje abstinenco**
 5 Mislim, da je bila to nagrada, da si lahko spet privoščim
 - **recidiv zaradi stiske**
 5 potem ta stiska, zaradi partnerja, ker ni hotel videti otroka
 2 takrat, ko je šel partner v zapor sem začela intenzivno uživati kokain
 - **ob rojstvu otroka izgubila željo po drogi**
 7 Ko sem postala mama sem izgubila željo po drogi me ni mikala nobena droga, sem čisto presekala,

Partnerski odnos

 - **pomoč partnerja ob rojstvu otroka**
 3 Pri negi otroka mi je pomagal, jo je previjal vse
 4 Veliko mi je pomagal tudi partner, ga previjal, hranil
 - **odsotnost partnerja**
 2 potem je izginil in se vrnil nazaj domov, ko je bila hčerka stara 2 meseca

- konflikti s partnerjem

3 V tem času, ko sva živela skupaj se nisva dobro razumela, mi je skoz kradel, me varal

5 Zadnjič sva se po telefonu pogovarjala najprej grdo govori v bistvu mu ni vseeno, vidim da jo ima rad, vpraša kako je, nato se pa čisto obrne in reče, da on nič noče imeti z nama

- upanje na izboljšanje partnerskega odnosa

2 Nič ni bilo drugače v najini zvezi, samo še slabše, sem mislila, da se bo po rojstvu otroka spremenil

Odnos do staršev

- pomoč staršev je bila dobrodošla

1 mi je pomagala mama, bila je z mano ena dva meseca, ker je bilo veliko obiskov

2 Živela sva pri tašči, je pomagala pri otroku

5 mi je pomagala mama pri negi in skrbi, dosti mi je pomagala, če smo bile same je bilo naporno

7 En mesec je mama skrbela za tamalo, ko sem bila v bolnici

- pomoči staršev ni želela

3 Starši mi niso v tem času nič pomagali, zanjo sva skrbela sama

6 Mami mi ni pomagala pri negi otroka, jaz sem mami in ga bo jaz rihkala, jaz sem se vedno bala, da mi bo vzela vlogo mame

Odnos do strokovnih služb

- informiranje osebja o odvisnosti

3 V bolnici, ko sem šla roditi pa sem povedala, takoj sem povedala

- pozitiven odnos strokovnih služb

4 Potem so mi pomagali pri negi patronažna sestra, ki je hodila k meni do 5 meseca, potem je bila tukaj še prostovoljka iz CSD v okviru pomoči družini na domu, ona je hodila, po dve uri na dan

- negativen odnos strokovnih služb

5 pediaterka v porodnišnici ni bila v redu do mene, ko sem bila v porodnišnici in je imela ta mala abstinenco krizo, nobenih drugih informacij mi ni hotela dat., če sem jo kaj vprašala, mi je rekla, da nima časa ter, da naj pokličem jutri

7 Poporodna depresija se je začela pojavljati po 5 dneh bolnice, ker tam so z mano zelo grdo ravnali v porodnišnici. V rokavicah so mi prinesli hčerko, ko so izvedeli, da ima hepatitis, z rokavicami so mi nosile hrano, pa tlak so mi merile z rokavicami

3. MATERINSTVO IN VZGOJA OTROKA

Skrb za otroka

- materinstvo jim veliko pomeni

2 zdaj je drugače, postala sem drugačna mama, sedaj veliko časa preživim z njo

3 Materinstvo mi veliko pomeni, vse bi spremenila, samo T. ne

4 on mi največ pomeni, rada bi bila z njim

6 Želim biti dobra mati, dobro vzgojit otroke, pa da bomo srečni, ker je to najbolj pomembno, da poveš kaj ti ne paše, tudi če sem bila odvisnica, mi je otrok največ pomenil

- pogosti pregledi pri pediatru

1 Sina sem redno vozila k pediatru

2 Redno jo vozim tudi k pediatru

5 vsak mesec jo vozim k pediatru

7 Hčerčina zdravnica ima mene zelo rada, ker sem jo redno vozila na cepljenje

- skrb za zdravje otroka

1 nikoli ni imel nobenih zdravstvenih težav

2 Punčka je zdrava

5 N je zdrava nima nobenih zdravstvenih težav

7 Hčerka nima nobenih zdravstvenih težav

- vključevanje otroka v pritočasne dejavnosti

1 hotela sem ga nekam vpisat ampak se mi zdi, da je še premajhen za kakšno aktivnost

2 vpisala sem jo tudi v plesni tečaj, tudi sam sem trenirala ples osem let, zelo rada pleše

- vključevanje otroka v vrtec

1 Sedaj pa zopet hodi v vrtec in tam nima nobenih težav

2 Rada hodi v vrtec

3 V vrtcu je zelo pridna nima nobenih težav pri meni pa zna izkoristiti

4 sedaj, ko je šel v vrtec je bil pa skozi bolan, tako, da skoraj nič ni bil v vrtcu

- ukvarjanje z otrokom

1 v prostem času grem na sprehode, se grem drsat z njim, več ali manj se z njim sprehajam

2 S hčerko smo začele hoditi na igrišče, na morje, tako, da se z njo ukvarjam dosti več kot prej

2 sedaj hodim veliko z njo ven, več se ukvarjam z njo

2 postala sem drugačna mama, sedaj veliko časa preživim z njo

3 ker ji moram vsak večer pravljice govorit in pesmice pet

4 V prostem času sva se s sinom dosti igrala, dosti je bil po rokah,

7 Ko pride domov domače skupaj narediva, v knjižnico skupaj hodiva

- neuživanje droge pred otrokom

1 Jaz se pred njim nikoli nisem zadevala. Vzela sem takrat, ko je šel spat ali pa takrat, ko je bil pri starših

2 Nikoli nisem vzela, ko je bila hčerka pokonci, samo takrat, ko je šla spat

7 travo kadim v dopoldanskem času, ko je tamala v šoli

- kljub odvisnosti poskrbljeno za otroka

1 jaz sem se zadevala vendar sem vedno poskrbela za sina, vedno je imel za jest

6 jaz res, da sem bila odvisnica vendar sina nikoli nisem pustila samega, ga zanemarjala

- strah, da bi tudi otrok imel težave z drogo

1 Bojim se, da bi bil tudi moj otrok kdaj na drogi in potem sem razmišljala kaj je on pri meni videl

6 Vem, da v življenju me lahko še veliko čaka z mojim sinom, po eni strani lahko prepoznaš, če ima otrok kakšne probleme

- strah kako bo otrok sprejel odvisnost

1 ne vem kako bo on to doživljal, ko bo izvedel, kaj je bilo z mano

- strah pred odvzemom otroka

3 da ima mamico, ki jemlje drogo, da bo dobila drugo mamico in očka, da jo bodo sedaj dali na socialno, kdo bo pa gledal tako mamo

- želja po skrbništvu nad otrokom

2 Želim imeti popolno skrbništvo nad hčerko, ker sva šla s partnerjem dokončno narazen

4 v začasni odločbi je tudi pisalo, da nisva primerna starša, ker sva na metadonski terapiji, zaradi tega morava oba iti na detoks, se očistiti, želim ga dobiti čimprej nazaj

- skrivanje težav pred otrokom

1 Sedaj sem mu rekla, da sem v bolnici zaradi prsta

1 On nikoli mi nič ni rekel, da sem drugačna

- otroku želijo v prihodnosti povedati za odvisnost

1 bi njemu rekla, da sem bila odvisnica, samo zdaj mu tega še ne morem povedati je še premajhen

6 jaz sem svojemu sinu pripravljena povedat, da sem imela probleme

- otrok prepozna težave matere

6 ve, da je mama imela probleme

7 Hčerka ve, da sem bolana, ne vem točno kaj si misli, reče pa da sem bolana, nič ne reče

7 Ve da zdravila jemljem ter da skrivam

Vzgoja otroka

- popuščanje

2 prej nisem skrbela zanjo, kot bi morala, zato ji zdaj vedno popustim.

2 S hčerko imam težave takrat, ko nekaj hoče in ne popusti

3 da mora pospraviti igrače nekaj časa ji govorim potem se mi zasmili in vedno jaz pospravim

7 Večkrat popustim, bolj trdna bi mogla biti

- težave pri postavljanju meja

1 Najhujše mu je reči ne, ker imam slabo vest, ker sem se drogirala

1 Bolj bi morala postaviti meje, njemu in sebi

2 Ne znam postavljati mej, čeprav se odločim da ji ne bom kupila me zmeraj prepriča

3 Najtežje pri vzgoji mi je postavljati meje če me ne uboga

7 Včasih rečem ja samo, da se ne skregava

- kompenzacija zaradi občutkov krivde

1 Če mi kupiš kar hoče, meni je ful lažje če mu kupim, da je vesel vsaj 5 minut, hočeš neki kompenzirat in misliš, da boš to nadomestil

2 Vsak dan ji nekaj kupim kinder jajčko, čokolado enkrat na teden pa nekaj konkretnega barbiko risanko

3 Potem mi je žal in potem ji vse v rit tiščim, vse ji kupim

- prepoznavanje vedenjskih težav otroka

2 tamala se večkrat zlaže, tudi partnerju se je zlagala, da jo tepem pa jo ne

2 hčerka je precej nemirna, težko se skoncentrira, težko se umiri, hitro se naveliča vsega, v vrtcu so ji rekli, da je hiperaktivna

2 ko je prišel iz zapora, je bilo hudo, takrat postane še bolj razdražljiva, začela je ponovno moči posteljo, ni me ubogala, tudi v vrtcu so opazili, da nekaj ni v redu

3 Me ne uboga. Je zelo trmasta če kaj ne dobi kar udari in očeta in mamo začne pljuvat, uporniška, je zelo živa skoz neki dela, razmetava, ne moreš niti pospravljat skozi neki novega

6 Iste posledice ima kot jaz, da hitro ven pade

- uvid, da morajo najprej poskrbeti zase

5 Jaz moram najprej poskrbeti za sebe, da se bom lahko ukvarjala s hčerko

6 Jaz se moram spremenit, na drugačen način reagirat, če bi jaz bila potrpežljiva bi tudi on bil

- pomanjkanje potrpežljivosti

1 Včasih me spravi ob živce

2 Postanem živčna, nanjo kričim

3 Sem še jaz nervozna. se derem na tamalo, potem mi je žal in potem ji vse v rit tiščim

6 me začne izzivat in jaz rečem saj je v redu. Ampak to ni v redu, ker so to v meni nabira in potem počim

- pomanjkanje volje za ukvarjanje z otrokom

7 Včasih se mi zdi, da imam premalo volje, lahko bi se z njo še bolj ukvarjala, kot se, čeprav drugi pravijo, da se.

- izogibanje fizičnim kaznim

2 nikoli jo ne tepem razen enkrat, ko sem jo s kuhalnico, ker je bila neznosna

7 Če me ne uboga, ji povem na lep način, nič ne kričim, ne dajem ji kazni, ne zdi se mi neprimerno, men te kazni niso všeč

Težave z duševnim zdravjem ter občutki krivde

- poskus samomora

2 najedla sem se tablet, potem sem dol padla, potem nisem nikoli več imela poskusov samomora

- napetost, živčnost

3 Sem velikokrat nervozna

1 sem imela predpisano terapijo zaradi obsesivne kompulzivne motnje, skoz sem bila utrujeno, hodila sem spat popoldne, nič nisem mogla naredit doma

- občutek krivde, da se premalo ukvarja z otrokom

1 Sem imela slabo vest, ker me je velikokrat utrudil, ampak je sedaj boljš

1 In potem imam slabo vest, tri ure se mi ne da igrat z njim

- občutki krivde zaradi preteklosti

6 imam slabo vest, ker se je vse to zgodilo

- občutek krivde zaradi uživanja droge

1 kinkala res nisem sam kdo ve kaj kaj sem jaz govorila, ponavadi eno in isto ponavljam, Kdo ve kaj kaj sem njemu govorila

7 Poleg metadona včasih pokadim še kakšen joint. imam s tem take težave, da bog pomagaj. Potem me vest peče in vse

- občutki krivde zaradi odsotnosti od otroka

3 pogosto slabo vest, zaradi tega, ker sem skoz lutala

3 če sem šla kam in pila me ni bilo po dva dni doma, potem sem imela slabo vest, ker sem hčerko pustila

3 potem se šla stuširat in sem šla in potem me tri dni ni bilo, nisem se oglašala na telefon, bilo mi je hudo zaradi hčerke

5 dostikrat sem bila zunaj po 3, 4, ure, ni mi bilo vseeno, kako je z malo, sem poklicala vendar domov nisem šla, sedaj mi je žal krivo se počutim

- občutek krivde zaradi konfliktov
- 3 Velikokrat imama občutek krivde, to je tako, ko se skregamo, to po mojem že tako otrok čuti
- občutek, da ni dobra mati
- 6 jaz mam tak problem, da mislim, da nisem dobra mati

Odnos do odvisnosti

- uvid, da ob uživanju droge niso skrbele za otroka
- 2 zopet intenzivno uživati kokain, vsak dan. takrat se nisem ukvarjala s hčerko
- 2 bila sem živčna, ko nisem imela droge, ko sem se zadevala, sem dala hčerko spat ali pa ji je dala gledat risanke, vem da ni bilo to ok
- z drogo lažje skrbeti za otroka
- 1 Sedaj sem velikokrat razmišljala, da bi bilo z drogo veliko lažje vendar me je sedaj minilo, ko vidim njega
- 1 Meni ni bilo težko z njim, ker sem bila skozi zadeta
- 1 ko si zadet še bolj govoriš več, verjetno sem se jaz še z njim bolj pogovarjala, bi se rada enkrat posnela,
- želja po zdravljenju
- 2 drugače ne 14 dni vzamem kokain, včasih tudi redno vendar sedaj bo redno hodila na pogovore k zdravnici in poskusila vzdrževati abstinenco
- 4 zdravila se še nisem nikoli, že prej sem imela željo po zdravljenju vendar sem potem zanosila
- uživanje droge ob slabem počutju
- 2 partner je vzel hčerko za tri dni in potem sem vzela, ker sem nisem počutila ok.
- 2 Ko rabim kokain sem živčna, imam predpisane uspavalne tablete, da lahko zvečer zaspim in se umirim
- 3 sem res slabič, ko me nekaj prizadene grem pit ali vzamem drogo
- 3 sem se ga napila, zato ker mi je mami prejšnji večer govorila, tamali, da ima mamico, ki jemlje drogo,
- otrok jim pomeni motivacijo za zdravljenje
- 4 Odločila sem se za zdravljenje predvsem zaradi tega, kar je bilo sedaj to s sinom, to me je najbolj vzpodbudilo k temu, da nekaj naredim
- 4 Midva ga ne moreva dobiti nazaj, dokler ne bova čista. To smo se dogovorili na centru za socialno delo.
- 6 Meni je sin rešil življenje, ker sem hotela biti dobra mati, sem šla v skupnost, sem rekla, da to več ne gre
- živčnost ob abstinenci krizi
- 2 bila sem živčna ko nisem imela droge
- 2 Ko rabim kokain sem živčna, imam predpisane uspavalne tablete, da lahko zvečer zaspim in se umirim
- ogrožanje otrokove varnosti zaradi droge
- 5 V enem izmed napadov, ko sem jo držala v rokah, mi je mama kasneje povedala, da sem začela usta zvijati, mi je šla po pomirjevalo, da me ne bi prijeli krči takrat sem ta mali dala v usta pomirjevalo, jaz se tega sploh nisem zavedela, nič se ne spomnim

Partnerski odnos

- partner nima stikov z otrokom
- 1 Tudi danes mi ne plačuje preživnine za otroka nič ne da, ga ne obiskuje
- 3 Oče sedaj nima stikov s hčerko.
- 5 sedaj nikoli ne pride pogledat hčerke, tudi nikoli jo ni še videl
- partner ima stike z otrokom
- 2 Z očetom ima redne stike, rada je z njim, tudi, ko je bil v zaporu je hodila k njemu dvakrat na teden.
- sedanji partner skrbi za otroka
- 1 on je bil lahko z njim 5 ur pa ne bi bil živčen, on je imel otroka rad in prav tako sin
- 1 on je bil tako priden veliko se je ukvarjal z otrokom
- uvid v rizičnost odvisniškega partnerskega odnosa
- 1 vsem govorim, da dva partnerja, ki sta imela težave z drogo ne moreta biti skupaj
- 3 Takrat sem naredila napako, če ne bi imela razmerja z njim bi mogoče abstinirala, ne želim biti več z nobenim odvisnikom
- 3 če pride nazaj iz komune, ne želim več biti z njim, sicer ga imam še rada ampak vem, da to ne gre skupaj
- upanje, da bi lahko ostala skupaj
- 1 po tiho si pa mislim, da bi lahko bila skupaj.
- 2 sedaj sem zopet poskušala živeti s partnerjem, sem mislila, da bo šlo pa ne gre
- konflikti s partnerjem

1 *potem smo se skupaj zadevala potem sva se začela kregat in sem se jaz posebej in on posebej*
2 *Nič ni bilo drugače v najini zvezi, samo še slabše, On me je obtožil, da ne skrbim za hčerko hotel jo je odpeljati*

- pomoč partnerja pri vzgoji otroka

4 *Partner mi pomaga pri otroku in tudi pri gospodinjskih opravilih*

- prikrivanje uživanja droge pred partnerjem

7 *jaz sem na skrivaj to počela, potem je izvedel*

- odsotnost partnerja

7 *On je zaposlen imamo doma avtoprevoznitvo, on je skoz na poti, tako, da sva s tamalo skoz sam, ampak sem se že navadla da ga ni*

- očetovski odnos s partnerjem

7 *Midva se sicer dobro razumeva, vendar je sedaj začel biti bolj tak očetovski, ker sem jaz tolk mlajša, ne pusti me tam, ne pusti me tam, kot da mi je oče, ne zaupa mi nič*

- želja po pogovoru

4 *V odnosu s partnerjem bi se morala več pogovarjati, čeprav se zdaj pogovarjava glede sina.*

- želja, da bi partner želel sprejeti otroka

5 *Ne želim, da bi bili kot družina ampak bi rada videla, da bi on imel neki stik z njo., ko bi bila starejša, da bi šla k njemu, oziroma, da bi jo sprejel*

Odnos do staršev

- staršem zaupajo otroka

1 *ko sem v službi starši poskrbijo zanj*

2 *Z mamo in očetom imam redne stike, mi pomagajo pri varstvu hčerke*

3 *Za hčerko starša zelo dobro skrbita in mama in oče, to nimam kaj reči, ok.*

5 *Staršem ful zaupam, mamo jo previje, oče jo hrani, oče jo ima več, zjutraj je mamo z njo, oče popoldne, ker mama mora veliko počivat*

7 *Po rojstvu otroka sem bila še 4 krat hospitaliziran, takrat poskrbi mama za hčerko*

- brez pomoči staršev ne bi zmoгле

1 *Če ne bi bilo moje mame ne vem kako bi, sploh ne vem kako mi bi to ratalo... ne vem kako bi vse to zmogla...*

- mati prevzema skrb za otroka

1 *Pa sem ji rekla, pa saj ni tvoj otrok, pa je rekla, da mi ga ne da za na sneg*

1 *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*

1 *jaz nimam nobene besede se moram prav skregat glede sina*

3 *tudi mi ne pusti, da bi otrok zvečer pred spanjem gledal risanke, pravi, da je to sevanje*

- nezaupanje staršev glede skrbi za otroka

1 *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*

1 *saj grem ven sam potem mi pa teži, da nimam reda, da ga vlačim povsod po dežju*

- prikrivanje uživanja droge pred starši

1 *starši niso vedeli, da sem jaz ponovno na drogi*

3 *In glih včeraj je našla flaško metadona, ker je mislila, da sem sedaj v redu, včeraj je izvedela*

- prepuščanje odločitev staršem

1 *I velikokrat prepustim staršem odločitev*

3 *Če se s čim ne strinjam, mama takoj reče, ali si v moji hiši ali nisi, spakiraj in pejt, če ti kaj ne paše*

- nerazumevanje odvisnosti pri starših

3 *Oče je še nekak toleranten do te odvisnosti, mama pa tega ne zastopi in nikoli ne bo zastopla.*

3 *S sestrama se dobro razumem in mi stojijo ob strani, čeprav ne razumejo odvisnosti*

- nadzor in kontrola

3 *Starša me nikamor ne pustita tako da sem cele dneva zaprta, tudi če gram kam moram vedno potem narediti alko test, tudi če greva kam s hčerko je vedno tako*

3 *Mama pravi, da bi morala ves denar njima dat, ker pač tukaj živim in da mi bosta sproti dala za cigarete.*

- konflikti

3 *celo noč je norela, kričala, potem je še nekaj spila, govorila je, naj se grem kar ubit.*

3 Če napiham se skregamo

4 oče je jezen name od prvega poroda, pravi, da naj bi jaz zanalašč zanosila, samo, da mi ne bi bilo treba iti na zdravljenje

- dober odnos s starši

4 Z mamo imava zelo dober odnos, slišiva se skoraj vsak dan potem pa nekrat tedensko pride na obisk,

7 z mamo smo zelo povezane

Socialna mreža

- ponoven sik z odvisniško družbo

6 Potem, ko me ni več skoz potreboval, sem začela zahajati ven nazaj v odvisniško družbo

7 ko je šla ona v vrtec so se začele jutranje kavnice in tako naprej, na metadonskem centru

- prekinitev stikov z odvisniško družbo

2 Odvisniške družbe skoraj nimam, čedalje manj se z njim dobivam,

3 Nikoli nisem imela tesnih stikov z odvisniško družbo, razen s partnerji, vedno sem se izogibala te družbe

- druženje z ljudmi, ki nimajo težav z drogo

2 stike imama z normalnimi ljudmi

2 V bloku sem spoznala mamico in njenega partnerja, ki imata dva majhna otroka, z njimi se poleti dobimo pred blokom

6 zelo veliko se pogovarjam z gospo, ki me spremlja od komune. Ona mene in sina pozna že od vsega začetka.

4 Imam nekaj prijateljic, jim ne povem vsega, ta prostovoljka, ki mi je pomagala sem ji kar veliko povedala, nimam niti časa niti želje, da bi se s kom dobivala

- želja po druženju z ljudmi, ki nimajo težav z drogo

7 Nimam prijateljev, včasih mi manjka, da bi imela kakšno normalno prijateljico, ki ne bi imela nobenih težav ne z metadonom, ne s travo

- stigmatizacija v domačem kraju

7 Samo živim v majhnem kraju, tu si pa stigmatiziran, da ne dobiš nobenega prijatelja

Odnos do strokovnega osebja

- prikrivanje odvisnosti pred strokovnimi službami

1 pediatrija ni vedla, da imam jaz težave z drogo, nisem nič rekla, ker mi tudi ni pisalo v kartoteki

3 Center za socialno delo se ni nikoli oglasil, tudi nimajo informacij, da sem jaz na drogi

- ne vključevanje strokovnih služb ker ni potrebe

1 še nikoli se niso vključile službe iz CSD, ker ni bilo nikoli razloga za to

1 v odpustnici mi niso nič napisali, nerodno mi je bilo, pred drugimi nisem hotela govoriti

- nasvetov o materinstvu niso iskale

3 Nikoli nisem še iskala pomoči pri vlogo matere, da bi koga spraševala za nasvet

- pozitiven odnos strokovnega osebja

1 nikoli ni bil odnos strokovnega osebja do mene negativen, nikoli obsojajoč

2 S tistimi strokovnimi delavci s katerimi sem imela stike so imeli dober odnos do mene, zmeraj se me vprašali kako sem, kako mi gre, nikoli me niso obsojali

4 imela sva tudi zelo v redu prostovoljko, bila je že malo starejša gospa, sem ji res zaupala, otroka, tudi vidlo se je, da ga ima rada, da ima on njo rad, imela je svoje izkušnje

5 Sedaj je hčerkina pediatrija v redu, ve kakšne težave imam, ker me pozna že prej iz metadonske ambulante

7 Hčerkina zdravnica ima mene zelo rada, ker sem jo redno vozila na cepljenje, me je pohvalila, zelo me ima rada

- negativen odnos strokovnega osebja

3 CSD pa sem čutila s strani neke ženske, da te prav podcenjuje, da se grdo obnaša, in se tako obnaša, da nima časa za tebe

4 ker tukaj imajo ful negativen odnos do droge, pa tudi niso imeli še nobene izkušnje, midva sva prvi tak primera

- pozitivne izkušnje z zdravljenjem

6 To je mene učila skupnost in dala mi je neverjetno veliko. In sem vedno rekla, da bom ostala v stiku z njo. Jaz mislim, da bi vsak človek rabil neko skupnost

3 Če primerjam CSD Maribor in Slovensko Bistrico, mi je bilo v Mariboru dosti boljše, boljši odnos, bolj so poznali take primere, kot sva midva, imela sva tudi zelo v redu prostovoljko, bila je že malo starejša gospa, sem ji res zaupala, otroka, tudi vidlo se je, da ga ima rada, da ima on njo rad, imela je svoje izkušnje

- tudi otrok je doživel hud stres

3 V komuni se tamala ni smela jokati, če se je jokala je morala iti ven iz hiše dokler ni nehala, potem so ji rekli, da preveč je, da ne sme toliko jesti, ampak sploh ni debela, je zelo živa in rabi veliko energije ona ne more biti pri miru niti pet minut, ni suha veliko poje ampak tudi energije ima velik

- odsotnost od otroka doživele kot šok

6 Prav je bilo, da si ločena, je en šok, jaz sem bila vedno huda, ločili ste me od sina ampak če gledam sedaj nazaj je bilo to potrebno. Jokal je, ker nisva mogla spati skupaj, ker sva zmeraj, jaz sem jokala, ker mi je bilo težko. Ampak to je bilo potrebno, ker mama odvisnica rabi čas za sebe., pride vse na dan kar je doživela od majhnega do tistega dne, ko je začela z drogo

- pogrešanje otroka

5 Hčerko sedaj, ko sem v bolnici pogrešam, saj skrbi dobro zanjo, vem da ni to to, vendar da moram veliko pri sebi spremeniti, pogrešam, ko se prebuja. Tudi zobek ji je začel rasti

- negativne izkušnje z zdravljenjem

3 Tudi z otrokom preživiš ful malo časa, cele dneve si odsoten, delaš od jutra do večera, nisem zdržala v komuni, to so fanatiki pomembna jim je samo vera. V komuni se tamala ni smela jokati, če se je jokala je morala iti ven iz hiše dokler ni nehala, potem so ji rekli, da preveč je, da ne sme toliko jesti

- strokovni delavci imajo premalo znanja

2 Zdi se mi, da premalo vejo o kokainu, o zdravlilih, ki bi mi jih lahko predpisali

- nadzorstvo s strani CSD

2 ker imam pogoj s CSD, da moram dokazovati abstinenco, ker imamo timski sestanek za skrbništvo nad hčerko

2 pa tudi socialna, da vidi če hodim, če sodelujem in če redno hodim zaradi obravnave odvisnosti

7 CSD se je pred enim letom pojavil, ker je nekdo prijavil neresnico, da so moja stanovanja polna igel, potem je prišla socialna delavka in je bila presenečena, prej mi center ni pomagal

4 S CSD sem bila že prej z njimi povezana, ker sem bila vključena v njihov program pomoči družini na domu, zdaj pa sva vključena še v individualno projektno skupino, skupaj s partnerjem, da se pogovarjamo o obiskih s sinom, da mi povejo kako je z njim

4 ful te silijo, da bi kaj naredil, prav moraš delat načrte, tudi v vrtec so me silil, da dam otroka, rekli so, da je to v redu, čeprav ga jaz nisem mislila še dati, potem pa sem zanosila in ga ne bi mogla več dvigovati, tako da sem vidla, da je res najboljše, da ga dam

4 S strani CSD imava pogoj, da dokler ne bova čista, ne moreva dobiti sina nazaj, to je pogoj, da ga dobiva, drugače bo ostal v rejništvu

Socialnoekonomski položaj matere

- materialna odvisnost

1 drugače so nas finančno preživljali moji starši, plačevali položnice

1 po drugi strani sem odvisna od njih in jaz se ne morem nekam odseliti

1 jaz ne morem njim reči, da ne morejo priti v moje stanovanje, ker je to njihovo

- materialna neodvisnost

2 Dobim socialno pomoč, potem pa delam na črno še kot natakarica, vodim tudi lokal

2 Finančno se mi zdi da zmorem, ker že leto dni živim sama brez pomoči drugih

2 Zaradi odvisnosti nisem padla v podenj, skozi sem delala, skrbela zase, se preživljala, pa tudi za otroka sem provala skrbeti.

4 Materialno sva preskrbljena, prideva skozi

7 Jaz dobim penzije 370 evrov, hvala bogu, da partner dela, tako da nam gre.«

- brez zaposlitve

3 Nima delovne dobe, skozi sem delala na črno pri sestri v zlatarni sedem let in pol sestra ima zlatarno pri nje sem delala v pisarni

4 Nisva nikjer zaposlena partner občasno pomaga pri sestri, priložnostna dela, potem dobiva še denarno socialno pomoč

7 Na invalidsko se je spomnila mama, mama je želela, da grem v invalidsko, na mesec dobim 370 evrov

- opustitev šolanja zaradi nosečnosti

3 Študirala sem tudi na upravni šoli, naredila sem samo tri izpite, potem sem bila noseča in sem pustila šolo

- nezadovoljstvo s skupnim gospodinjstvom

3 Zadnje leto živim nazaj pri starših. V skupnem gospodinjstvu živimo oče, mama, jaz in moja hči, je pa neznosno, ker se skoz prepiramo

- želja po samostojnosti

3 Name razmere doma zelo slabo vplivajo, komaj čakam, da končam to zdravljenje, in se pozdravim hepatitisa, potem si najdem službo in greva živet v podnajemniško stanovanje

5 Ko pridem iz zdravljenja bi šla s hčerko rada nekam živet na svoje, ker doma ne bom mogla živet, saj pride sestra iz zapora

- slabe življenjske razmere

3 Skupaj živimo v isti hiši s hčerko nimava prostora zase. Imava zelo malo prostora zase, cele dneve smo skupaj doma. Vse sobe so naložene, komaj še kje hodiš. ima sobico zase ampak, čeprav je ta soba majhna ima mama celo omaro svojih stvari

4 S partnerjem živiva skupaj v občinskem stanovanju, otrok ne živi z nama od meseca decembra, je v rejništvu

- želja po zaposlitvi

6 da bi delala tisto kar si jaz želim, da bi delala v lokalu, prej sem že delala v lokalu in to je ena lepa stvar, ne bi šla več v lokal ker vem da to ni zame rada bi pa delala v kakšni slaščičarni

7 Rada bi spremenila to, da bi rada kaj delala, pri možu ne morem pomagati, ker ne rabijo nobene pomoči. Rada bi delala v kakšni trgovini z oblačili

4. OBLIKE POMOČI

Želje in potrebe po pomoči v odnosu do sebe

- premagati odvisnost

4 Rada bi samo prenehala z metadonom, potem bi bilo vse drugače

7 rada bi zmanjšala, čeprav je najbolje, da ostanem na metadonu, ali da zmanjšujem

- pogovor o želji po drogi

2 Rada bi, da bi se lahko tudi pogovarjala o drogah, o želji, ker zmeraj ti nekaj ostane

- obvladati čustva

2 Kako se ne živcirat

6 če bi jaz bila potrpežljiva bi tudi on bil, tega se moram naučiti

- biti slišana

6 želela bi si, da me nekdo zna poslušat, pa da mi da nasvet.«

- pomoč pri pridobivanju osnovnih dobrin

3 Rada bi, da mi pomagali pri pridobitvi službe, stanovanja,

Želje in potrebe po pomoči v odnosu do otroka

- vključitev v skupino za matere

2 Ce bi bil možnost bi se takoj vključila v delavnice za starše

3 Pri moji vlogi materinstva bi mi bile ok kakšne delavnice

4 Ce bi bila kakšna skupina za mame bi hodila

5 Rada bi hodila na kako skupino

6 če pa obstaja neka ženska, ki je imela podoben problem potem pa ja, rade volje jo poslušam

- izmenjati izkušnje, nasvete z drugimi

3 Da bi skupaj sedele z materami, ki imajo podobne težave kot jaz, da si izmenjuješ mnenja, tako, da se lahko veliko naučiš.

4 ker bi si lahko na tak način izmenjavala izkušnje

5 tam bi bile tudi mame, ki imajo starejše otroke,

6 rade volje upoštevam njene nasvete, ker če je ona šla čez to, če je ona zmogla potem lahko tudi jaz

- naučiti se postavljati meje in ne popuščati

3 glede vzgoje bi rada spremenila predvsem to, da bi ji znala postaviti meje, da ji ne bi popuščala zaradi moje slabe vesti

5 kako postavljati meje, da ne bi bila preveč popustljiva

- pravilno vzgajati

2 kako vzgajati otroka, kako biti otroku dober prijatelj

- 5 rada bi se naučila kako otroka vzgajati, povedati kaj je prav in kaj ni prav
- preprečiti težave pri otroku
 2 Rada bi se naučila, da če bi otrok imel težave bi povedal oziroma, da jih sploh ne bi imel.
- želja, da bi pri vzgoji imela glavno besedo
 1 rada bi da imam jaz tam glavno vlogo ne pa moji starši
- pomoči pri vzgoji ne potrebujejo
 1 ker se mi zdi, da je nisem potrebovala
 4 nič ne bi rada spreminjala glede vzgoje
 7 Zdi se mi da sem v redu mama, in da ne rabim nobene pomoči
- pomoči pri vzgoji niso iskale
 1 V zvezi z vzgojo otroka še nisem nikoli iskala nobene pomoči
 3 Nikoli nisem še iskala pomoč pri vlogo matere, da bi koga spraševala za nasvet.

Article I. Priloga D; Kodiranje izjav

Intervju št. 1

Izjava	Pojem
<i>1 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>1 Jaz sem si želela imeti otroka in sem bila vesela te novice, in takrat sem bila itak čista in zaljubljena</i>	veselje ob novici, da je noseča
<i>1 sem bila zelo vesela tega otroka, mi ni bilo jasno kako to tako hitro sam sem bi res vesela</i>	zaželjen otrok
<i>1 takrat mi na kraj pameti ni padlo, da bi naredila splav</i>	o splavu ni razmišljala
<i>1 bruhala sem devet mesecev</i>	fizične težave v nosečnosti
<i>1 Tudi doma so bili veseli, doma so me vedno silili s tem otrokom..</i>	veselje svojcev in partnerja
<i>1 Abstinirala sem celo nosečnost</i>	vzdrževanje abstinence v času nosečnosti
<i>1 mi je bilo težko abstinirati,</i>	težko vzdrževala abstinenco
<i>1 če ne bi bila noseča bi že prej recidivirala</i>	nosečnost kot motivacija za abstinenco želja po drogi v času nosečnosti
<i>1 Meni je bila v času nosečnosti zelo težko vzdrževati abstinenco</i>	nosečnost kot motivacija za neuporabo droge
<i>1 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 recidivirala</i>	prekinitev jemanja zdravil zaradi nosečnosti
<i>1 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</i>	konflikti s partnerjem v času nosečnosti

<i>samotarski egoist, nobenemu ne bi nič dal.</i>	
<i>I Partner je ful pil že ko sem bila noseča</i> <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>	partnerjeva odvisnost partnerjevo prikrivanje uživanje droge
<i>I Ful sem bila živčna non stop sem jokala mogoče</i> <i>I doktor me je hotel že dati na metadon, na majhno dozo, nekako potem nisem hotela, ni mi bilo</i>	težave z razpoloženjem v času nosečnosti kljub težavam abstinirala
<i>I Bala sem se poroda</i> <i>I Ginekologinja je vedela, da imam težave z drogo, priporočil mi jo je doktor na metadonskem centru,</i> <i>I ker se edina ukvarja z materami odvisnimi od prepovedanih drog.,</i> <i>I ona mi je tudi govorila, da se ne smem zadeti pred porodom, ker se jih veliko zadene, da ne čutijo bolečine</i>	strah pred porodom ginekologinji povedala za odvisnost izkušnje ginekologinje z materami odvisnicami informiranje in nasveti ginekologinje
<i>I Nikoli nisem odnos strokovnega osebja do mene negativno</i> <i>I imeli sem zelo dobre odnose nikoli obsajajoče,</i> <i>I tudi ginekologinja, je imela že prej informacije o meni, in se je s porodnicami odvisnimi od prepovedanih drog tudi ukvarjal</i>	zadovoljstvo z odnosom strokovnega osebja in ginekologinje neobsojajoč odnos ginekologinja imela izkušnje z materami odvisnicami
<i>I Imela sem vse informacije o tem kako droga vpliva na plod, kakšne so posledice uživanja droge,</i> <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>	informacije o vplivu droge na nerojenega otroka droge ni vzela zaradi kritike osebja želja po drogi
<i>I Jaz sem v Ljubljani povedala, da ima težave vendar v odpustnici mi niso nič napisali.</i>	v porodnišnici so imeli informacije o odvisnosti
<i>I Imam ful slabe spomine na porod zelo me je bolelo, stokrat rajši imam abstinenčno krizo kot pa še en porod.</i>	slabi spomini na porod primerjanje z abstinenčno krizo
<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>	prekinitev dojenja po nasvetu v porodnišnici

<i>1 pa tudi otrok . ni imel sesalnega refleksa, njemu so dajali mleko že v flaši v bolnici</i>	otrok ni imel sesalnega refleksa
<i>1 Takoj po porodu sem se zadela, že prvi dan mi je partner v porodnišnico prinesel drogo</i>	recidiv takoj po porodu
<i>1 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>	pomoč mame pri negi otroka
<i>1 Bil je zelo priden otrok, spal je cele noči tako da z njim sploh nisem imela težav</i> <i>1 jaz sem se sicer zadevala, igrala računalnik,</i> <i>1 sem ga šla gledat cele noči sploh se ni zbudil edino enkrat je jokal</i>	nezahteven dojenček aktivno uživanje droge v poporodnem obdobju navidezna varnost
<i>1 Jaz imam redno službo že dest let, tam tudi vejo, da imam težave z odvisnostjo</i> <i>1 pri zdravljenju me podpirajo</i>	redno zaposlitev podpora pri zdravljenju s strani službe
<i>1 drugače so nas finančno preživljali moji starši, plačevali položnice</i>	finančna pomoč staršev
<i>1 Ko sem prišla iz zdravljenja smo se že na oddelku zmenli, da bo mama nekaj časa živela pri naju.</i>	pomoč matere
<i>1 jaz nimam nobene besede se moram prav skregat glede sina</i>	prepuščanje odločitev mami
<i>1 Jaz upam, da ne bom skoz živela z mamo</i> <i>1 Vprašala sem jo do kdaj misli živet pri meni, mi je rekla da dokler se ni bom našla nekega normalnega, ponavadi, ko sem dobila partnerja je ona šla.</i>	nezaupanje staršev kontrola in nadzor s strani staršev prepuščanje odločitev staršem
<i>1 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>	prikrivanje uživanje droge pred svojci
<i>1 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>	skrb za otroka težje v abstinenci
<i>1 ko si zadet še bolj govoriš več, verjetno sem se jaz še z njim bolj pogovarjala, bi se rada enkrat posnela,</i> <i>1 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 sem njemu govorila«.</i>	pod vplivom droge pred otrokom kontrola uživanje droge pred otrokom pred otrokom ni kinkala
<i>1 Meni ni bilo težko z njim, ker sem bila skoz zadeta, če pomislim, zdaj, ko sem prišla iz zdravljenja mi je bilo ful</i>	lažje skrbela za otroka pod vplivom droge

<i>utrujajoče, imela sem tudi slabo vest, če bom jaz tako, kaj bo s tem otrokom.«</i>	slaba vest zaradi razmišljanja o drogi
<i>I Ne vem kaj se je dogajalo z mano, mogoče tudi zaradi tega, ker sem imela predpisano terapijo zaradi obsesivne kompulzivne motnje</i> <i>I skozi sem bila utrujeno, hodila sem spat popoldne,</i> <i>I nič nisem mogla narediti doma, ker nisem mogla,</i>	pridružena duševna motnja utrujenost ni zmogla skrbeti za gospodinjstvo
<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> <i>I da ne vem kako bi vse to zmogla, skrb za sina, ga iskat v vrtec, mu dat jest.«</i>	dobrodošla pomoč matere pri skrbi za otroka brez pomoči ne bi zmogla
<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> <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>	mati ji ne zaupa otroka mati prevzema skrb za otroka
<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>	mati ji ne zaupa otroka mati prevzema skrb za otroka
<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>	mati prevzema skrb za otroka
<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 dežju</i>	otroka ji mam ne zaupa bežanje od kontrole matere
<i>I pa sem ji rekla, če bo morala biti celo življenje vezana nanjo</i>	skontrola in nadzor s strani mame
<i>I Kot familija, ko sva živela skupaj s partnerjem na ven zgleдалo 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 partnerja in smo veliko skupaj hodili ven</i> <i>I potem smo se skupaj zadevali potem sva se začela kregati in sem se jaz posebej in on posebej ,</i> <i>I jaz sem jemala vendar nikoli nisem kinkala , meni se nič ni vidlo ni bilo opaziti.«</i>	navzen idealna družina konflikti s partnerjem skupno zadevanje s partnerjem prikrivanje odvisnosti drug pred drugim
<i>I Mogoče je to dobro, da je on v zaporu, ker je šlo toliko časa mimo.</i>	sedanji partner v zaporu
<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>	ambivalentnost do odvisniškega partnerskega odnosa
<i>01«Jaz ponavadi vsem govorim, da dva partnerja, ki sta</i>	uvid v rizičnost odvisniškega

<i>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>	partnerskega odnosa upanje da bosta lahko skupaj
<i>I v prostem času grem na sprehode, se grem drsat z njim,</i> <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>	aktivno preživljanje prostega časa z otrokom vključevanje otroka v pristočasne dejavnosti
<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 skoz 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 igrat z njim«</i>	občutki krivde če se ne ukvarja z otrokom
<i>I Bolj bi morala postaviti meje, njemu in sebi,</i> <i>I Tako, kakor ga ja z vzgajam ni nič dobro, če nima mej,</i> <i>I to je bilo isto pri meni doma, jaz jih tudi nisem imela pa je sedaj tako kot je</i>	nepostavljanje mej otroku brezmejna vzgoja lastne izkušnje iz otroštva dvom v ustreznost vzgoje
<i>I Če mi kupiš kar hoče, ker si on si neki skoz zmišljuj</i> <i>I meni je ful lažje če mu kupim, da je vesel vsaj 5 minut.«</i>	kupovanje materialnih dobrin kupovanje zaradi slabe vesti takošnja zadovoljitev potreb otroka
<i>I Najhujše mu je reči ne,</i> <i>I ker imam slabo vest, ker sem se drogirala in si mislim, kako ob on mene to gledal</i> <i>I in potem hočeš neki kompezirat in misliš, da boš to nadomestil in ja samo še slabše.</i>	težko ji je reči ne popuščanje zaradi občutkov krivde kompenzacija
<i>I Včasih me spravi ob živce, partner se lahko z njim ukvarja 5 ur pa ni bil živčen</i>	žvičnost ob otroku
<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 zdravstvenih težav 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>	neplačevanje preživnine
<i>I pa sploh ne morem verjet, kaj se dogaja v njegovi glavi, da ve da ima sina in da nič ne naredi«</i>	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>	z drogo bi bilo lažje skrbeti za otroka
<i>I ko vidim njega si mislim, kaj on pri meni vidi.«</i>	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>	otrok ne opazi težav
<i>I sem rekla, da grem v bolnico zaradi prsta.,</i>	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 uživanje droge pred otrokom
<i>I Sedaj sem mu rekla, da sem v bolnici zaradi prsta,</i>	odsotnost od otroka
<i>I saj jaz bi njemu rekla, da sem bila odvisnica, samo zdaj mu tega še ne morem povedati je še premajhen.</i>	želi mu povedati, kakšne težave je imela
<i>I Bojim se, da bi bil tudi moj otrok kdaj na drogi</i>	strah, da bi tudi otrok imel težave z drogo
<i>I in potem sem razmišljala kaj je on pri meni videl</i>	strah kaj je otrok videl
<i>I še nikoli se niso vključile službe iz CSD,</i>	ne vključevanje CSD
<i>I ker ni bilo nikoli razloga zato</i>	ni bilo razloga za posredovanje CSD
<i>I sem se zadevala vendar sem vedno poskrbela za sina, vedno je imel za jest.«</i>	kljub odvisnosti poskrbela za otroka
<i>I V zvezi z vzgojo otroka še nisem nikoli iskala nobnen 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 o dnjih in jaz se ne morem</i>	odvisnost od staršev

<i>nekam odseliti</i>	
<i>1 velikokrat prepustim staršem odločitev</i>	prepuščanje odločitev staršem
<i>1 jaz ne morem njim reči, da ne morejo priti v moje stanovanje, ker je to njihovo, ne morem jim reči pejte stran</i>	odvisnost od staršev
<i>1 nikoli ni bil odnos strokovnega osebja do mene negativen, nikoli obsajajoč</i>	pozitiven odnos strokovnega osebja
<i>1 ne vem kako bo on to doživljal, ko bo izvedel, kaj je bilo z mano</i>	strah kako bo otrok sprejel odvisnost

Intervju št. 2

Izjava	Pojem
<i>2 otroštvo nisem bila preveč srečna,</i> <i>2 oče me je skozi tepel, bila sem najstarejša od treh deklet in mene je največ pretepal. ni bil alkoholik, nikoli ni pil,</i> <i>2 ampak je imel trdo vzgojo.</i>	slabi spomini na otroštvo družini odvisnosti ni bilo nasilje v otroštvu s strani očeta trda vzgoja
<i>2 Takrat so mojega očeta obsodili spolne zlorabe, takrat sem potem šla</i>	spolna zloraba
<i>2 Mama je vedno z očetom potegnila, ni se postavlja za nas</i>	nezaščita matere pred nasiljem očeta
<i>2 Kokain mi je na prvem deitu ponudil partner, on me je navlekel na drogo</i>	prvič ponujena droga s strani partnerja
<i>2 V kazenskem postopku sem bila samo zaradi prometne nesreče, nikoli nisem prodajala, tudi sama nisem bila nikoli v prostituciji</i> <i>2 partner je prodajal oziroma dilal drogo.</i>	brez kazenskega postopka partnerjevo dilanje droge ter oskrbovanje z drogo
<i>2 nikoli nisem prodajala, pa tudi sama nisem bila nikoli v prostituciji</i>	izogibanje kaznivim dejanjem
<i>2 Zanosila sem nenapovedano</i>	nenačrtovan anosečnost
<i>2 Šla sem k ginekologinji na pregled, kjer je ona ugotovila, da sem že šest tednov noseča.</i> <i>2 Nisem mogla verjeti, da je to možno, to je bil najsrečnejši dogodek</i>	veselje ob novici zaželjen otrok
<i>2 Ko sem prišla k sebi sem poklicala partnerja in mu povedala veselo novico, najprej je bil prresenečen potem pa vesel</i>	partnerjevo veselje ob novici
<i>2 Takrat sem aktivno uživala drogo, ko sem izvedela, da sem noseča sem takoj nehala uživati drogo</i>	prenehanje uživanja droge zaradi nosečnosti
<i>2 Z drogo sem nehala, ko sem izvedela za nosečnost, celo nosečnoset pa sem kadila</i>	kajenje kot manj škodljivo vedenje

<i>2 hodila sem v materinsko šolo</i>	obiskovanje materinske šole
<i>2 Nič ni bilo drugače v najini zvezi, samo še slabše.</i>	upanje na izboljšanje odnosa s partnerjem
<i>2 Upala sem, da bo z drogo nehal, ko sem zanosila, pa je bilo vse slabše</i>	upanje, da bo partner z drogo prenehal
<i>2 Med nosečnostjo sem imela težave s hormoni, da sem bila dosti bolj čustvena, pa glede razpoloženja se mi je spreminjalo. Dobra volja pa obratno</i>	nihanje razpoloženje v času nosečnosti hormonsko neravnovesje
<i>2 Sama z njim nisem več hodila v družbo, kjer so se drogiral, ker sem bila noseča,</i>	osamljenost prekinitev stika z odvisniško družbo
<i>2 njega ni bilo nič doma, vidla sem ga po 2 dni v tednu</i>	odsotnost partnerja
<i>2 V osmem mesecu bi kmalu rodila zaradi velikega napora in dela na hiši, tako, da sem zadnji mesec večino preležala, ker so mi tako naročili zdravniki.</i>	fizične težave v nosečnosti
<i>2 Bala sem se, da bom z otrokom kaj narobe, zato sem šla delat test za mongoloidnost, pa je bilo vse ok.</i>	strah, da bo z otrokom kaj narobe
<i>2 V času nosečnosti sem redno hodila na ginekološke preglede</i>	redni ginekološki pregledi
<i>2 čeprav ginekologinji nisem nikoli povedala, da sem imela težave z drogo</i>	prikrivanje odvisnosti pred ginekologijo
<i>2 Nisem vedela, kaj bom rodila, zato sem bila vesela, da je punčka, najbolj me je razveselilo to, da je zdrava</i>	veselje ob rojstvu otroka
<i>2 Ko so se začeli popadki sem bila živča, kadila sem cigareto za cigareto.</i>	strah pred porodom
<i>2 Ne vem katera bolečina se lahko primerja s porodom, zelo me je bolelo.»</i>	slaba izkušnja s porodom
<i>2 ob rojstvu otroka sem bila živčna, napeta nisem vedela, kako ravnati z otrokom</i>	slabo počutje ob rojstvu otroka
<i>2 potem je izginil in se vrnil nazaj domov, ko je bila hčerka stara 2 meseca, takrat sem recidivala.</i>	odhod partnerja po rojstvu otroka recidiv ob vrnitvi partnerja
<i>2 Živela sva pri tašči, je pomagala pri otroku</i>	pomoč tašče pri negi otroka
<i>2 ker se na začetku nisem znašla, nisem vedla kako delati z otrokom</i>	na začetku se ni znašla v vlogi matere
<i>2 Dobim socialno pomoč, potem pa delam na črno še kot natakarica, vodim tudi lokal</i>	denarna socialna pomoč delo na črno
<i>2 Zaradi odvisnosti nisem padla v podenij</i>	nikoli dosegla dna
<i>2 skozi sem delala, skrbela zase, se preživljala, pa tudi za otroka sem provala skrbeti</i>	poskrbela zase in za otroka

2 Finančno se mi zdi da zmorem, ker že leto dni živim sama brez pomoči drugih	finančna neodvisnost materialno preskrbljena
2 Živim sama z otrokom v dvosobnem stanovanju, najemnino plačujem sama. Socialno pomoč dobim 350 evrov, drugo delam na črno v lokalu kot natakarica, vodim lokal tudi na obali. 2 Tamala skoz živi pri meni, dopoldne je v vrtcu.	podnajemiško stanovanje otrok vključen v vrtec
2 takrat, ko je šel partner v zapor sem začela intenzivno uživati kokain	uživanje droge zaradi stiske
2 Zadnjič sem sedaj vzela drogo pre enim mesecem, za novo leto zadnjič, decembra nisem hodila na kontrole vendar sem bila čista, drugača ne 14 dni vzamem kokain, 2 včasih tudi redno vendar sedaj bo redno hodila na pogovore k zdravnici in poskusila vzdrževati abstinenco	poskus vzdrževanje abstinence občasno uživanje droge poskus vzdrževanja abstinence
2 decembra sem vzela ene dvakrat, ko je prišel on ven iz zapora je vzel hčerko za tri dni in potem sem vzela, ker sem nisem počutila ok., ker prej sem bila navajena, da je bila skozi pri meni.	jemanje droge ob slabem počutju
2 bila sem živčna, ko nisem imela droge	živčnost zaradi abstinence krize
2 V metadonski program nisem bila nikoli vključena	v metadonski program ni nikoli bila vključena
2 Ko rabim kokain sem živčna, imam predpisane uspavalne tablete, 2 da lahko zvečer zaspim in se umirim	živčnost zaradi abstinence krize težave z nespečnostjo predpisana uspavalne tablete
2 Sem zabluzila z drogo, takrat je bil partner tudi v zaporu, najedla sem se tablet, potem sem dol padla, iz centra za zastrupitve so me premestili potem k vam pripeljali. Potem nisem nikoli več imela poskusov samomora.	poskus samomora partnerjeva zaporna kazen
2 Odvisniške družbe skoraj nimam, čedelje manj se z njim dobivam 2 imam stike z normalnimi ljudmi. V službi imajo težave s travco in alkoholom vendar mene to ne moti.	izogibanje odvisniški družbi stiki ljudmi, ki nimajo težav z odvisnostjo
2 V bloku sem spoznala mamico in njenega partnerja, ki imata dva majhna otroka, z njimi se poleti dobimo pred blokom in se otroci skupaj igrajo, imata hčerko 4 leta staro in sina 9 mesecev, potem pa smo skupaj	druženje s starši in njihovimi otroci
2 Z mamo in očetom imam redne stike, mi pomagajo pri varstvu hčerke, enkrat do dvakrat na mesec jo peljem k njima, takrat, ko delam cel dan. Jaz delam zjutraj, enkrat tedensko pa popoldne, takrat jo varuje stara mama.	redni stiki s starši pomoč staršev pri skrbi za otroka
2 Nič ni bilo drugače v najini zvezi, samo še slabše»	poslabšanje partnerskega odnosa po rojstvu otroka

2 On me je obtožil, da ne skrbim za hčerko hotel jo je odpeljati čeprav je on mene navlekel na drogo	obtoževanje partnerja, da ne skrbi za otroka
2 sedaj sem zopet poskušala živeti s partnerjem, sem mislila, da bo šlo pa ne gre	upanje na izboljšanje partnerskega odnosa
2 Zdaj sem poskušala zopet živeti z mojim partnerjem in očetom od otroka, sem mislila, da bo šlo pa ne gre.	poskusi da bi ponovno zaživila s partnerjem
2 Punčka je zdrava	otrok nima zdravstvenih težav
2 S hčerko smo začele hoditi na igrišče, na morje, tako, da se z njo ukvarjam dosti več kot prej, ko sem bila na drogi.	aktivno preživljanje prostega časa z otrokom
2 sedaj hodim veliko z njo ven, več se ukvarjam z njo	ukvarjanje z otrokom
2 postala sem drugačna mama, sedaj veliko časa preživim z njo	postala drugačna mama
2 Ne znam postavljati mej, čeprav se odločim da ji ne bom kupila me zmeraj prepriča, da ji, ne neha dokler ji ne kupim.	nepostavljanje meja otroku
2 S hčerko imam težave takrat, ko nekaj hoče in ne popusti.	popuščanje
2 Vsak dan ji nekaj kupim kinder jajčko, čokolado enkrat na teden pa nekaj konkretnega barbiko risanko	kupovanje materialnih dobrin otroku
2Imam slabo vest, ker prej nisem skrbela zanjo, kot bi morala	občutki krivde, ker prej ni skrbela za otroka
2 zato ji zdaj vedno popustim	popuščanje zaradi občutkov krivde
2 hčerka je precej nemirna, težko se skoncentrira, težko se umiri, hitro se naveliča vsega, v vrtcu so ji rekli, da je hiperaktivna	vedenjske težave otroka nemirnost hiperaktivnost
2 Ko je bila zadnjič pri njem, ko je prišel iz zapora, je bilo hudo, takrat postane še bolj razdražljiva, začela je ponovno moči posteljo, ni me ubogala, tudi v vrtcu so opazili, da nekaj ni v redu.«	razdražljivost otroka ob prihodu partnerja
2 tamala se večkrat zlaže, tudi partnerju se je zlagala, da jo tepem pa jo ne	vedenjske težave otroka laganje otroka
2 Postanem živčna, nanjo kričim, nikoli jo ne tepem razen enkrat, ko sem jo s kuhalnico, ker je bila neznosna	izogibanje fizičnim kaznim živčnost ob otroku kričanje na otroka
2 Rada hodi v vtrec	redno obiskovanje vrtca

<i>2 vpisala sem jo tudi v plesni tečaj, tudi sam sem trenirala ples osem let, zelo rada pleše.»</i>	vključevanje otroka v prostočasne dejavnosti
<i>2 Redno jo vozim tudi k pediatru</i>	redni pregledi pri pediatru
<i>2 Z očetom ima redne stike, rada je z njim, tudi, ko je bil v zaporu je hodila k njemu dvakrat na teden.</i>	redni stiki otroka z očetom
<i>2 Sedaj moram dokazovati abstinenco, ker imam pogoj s CSD, da moram dokazovati astinenco, ker imamo timski sestanek za skrbništvo nad hčerko</i>	dokazovanje abstinence CSD skrbništvo nad otrokom
<i>2 zopet intezivno uživati kokain, vsak dan. takrat se nisem ukvarjala s hčerko</i>	neukvarjanje z otrokom v času uživanje droge
<i>2 bila sem živčna, ko nisem imela droge, ko sem se zadevala, sem dala hčerko spat ali pa ji je dala gledat risanke, vem da ni bilo to ok</i>	živčnost zaradi abstinence krize
<i>2 zdaj je drugače, postala sem drugačna mama, sedaj veliko časa preživim z njo.</i>	sprememba vzgoje z abstinenco
<i>2 Zdi se mi, da premalo vejo o kokainu, o zdravilih, ki bi mi jih lahko predpisali, da mi bi bilo lažje. Dilerji in to to vem kako se izogniti, če sem živčna pa ne vem kaj narediti, morali bi mi predpisati zdravila, da bi bi mi bilo lažje</i>	nezaupanje strokovnim delavcem premalo znanja o kokainu
<i>2 Sedaj moram dokazovati abstinenco ker imam pogoj s strani CSD moram dokazovati abstinenco, ker imamo timski sestanek za skrbništvo nad hčerko</i>	dokazovanje abstinence CSD
<i>2 Želim imeti popolno skrbništvo nad hčerko, ker sva šla s partnerjem dokončno narazen.</i>	želja po skrbništvu nad otrokom
<i>2 Zato moram sedaj redno prihajati na urinske teste in na pogovore. Sestanek bo zaradi tega, da se hčerko dodeli meni, pa tudi socialna, da vidi če hodim, če sodelujem in če redno hodim zaradi obravnave odvisnosti</i>	nadzor s strani strokovnih služb
<i>2 Nikoli nisem vzela, ko je bila hčerka pokonci, samo takrat, ko je šla spat.»</i>	neuživanje droge pred otrokom
<i>2 Rada bi se naučila, da če bi otrok imel težave bi povedal oziroma, da jih sploh ne bi imel</i>	želja po dobrem zaupnem odnosu z otrokom preprečiti, da otrok ne bi imel težav
<i>2 Rada bi, da bi se lahko tudi pogovarjala o drogah, o želji, ker zmeraj ti nekaj ostane napetost, živčnost zaradi tega, drugje o tem ne moreš govoriti</i>	pomoč kako premagati željo po drogi kako premagati živčnost
<i>2 Kako se ne živcirat</i>	pridobiti mirnost
<i>2 Če bi bil možnost bi se takoj vključila v delavnice za starše,</i>	vključitev delavnice za starše

2 kako vzgajati otroka, kako biti otroku dober prijatelj, da bi ti povedal, da ima težave z drogo oziroma, da ji sploh ne bi imel	pridobiti znanje kako vzgajati otroka kako biti otroku dober prijatelj kako obdržati zaupanje otroka
2 S tistimi strokovnimi delavci s katerim sem imela stike so imeli dober odnos do mene, zmeraj se me vprašali kako sem, kako mi gre	dober odnos s strokovnimi delavci
2 nikoli me niso obsojali	neobsojanje s strani strokovnih delavcev
2 Nekaj časa sem bila vpisana na skupino za samopomoč, ko je bil on v zaporu, vendar mi tam ni bilo v redu, ker so bile same starejše ženske	vključena v skupino za samopomoč ni bila zadovoljna

Intervju št. 3

Izjava	Pojem
3 Tudi v otroštvu so bili skozi prisotni prepiri med mamo in mano, Mama me je nekajkrat stepla, bolj je kričala, me lasala.	fizično nasilje s strani matere stalni prepiri
3 z očetom sva vedno imela v redu odnos	dober odnos z očetom
3 včasih se je postavljaj za nasa sedaj ne več	zaščitniski odnos očeta
3 V bistvu ne poznam, neke materinske ljubezni , nikoli me ni objela, povedala, da me ima rada	pomankanje materine ljubezni
3 vedno me je samo grajala, zmeraj ko je bila kaj narobe se je zdrila na tebe, tudi če nisi bil kriv	grajanje kričanje
3 v osmem razredu sem se prvič najedla tablet, ker me nikamor niso pustili, bila sem uporniška težak otrok	prva izkušnja z drogo upornišтво
3 ko sem bila stara štiri leta je mama imela hudo prometno nesrečo, komaj je preživela	stresni dogodek v družini
3 v življenju mi ni dala niti tolarja, nikoli, me ni nikamor pustila	omejavanje matere
3 Mama ima tudi težave z alkoholom,	mati ima težave z alkoholom
3 pravi, da zaradi mene, da mam jaz pač te probleme, da sem vse jaz kriva., da ona pije, ne da bi bila vsak dan ampak velikrat«	valjenje krivde grešni kozel
3 Ampak pri nas doma sem pogrešala predvsem to, da nismo nikoli skupaj imel obedov, jedel je vsak posebej, nikoli nismo šli na izlet	pogrešanje družinskih ritualov
3 V šoli nisem nikoli imela težav, izdelovala sem s prav dobrim uspehom	dober učni uspeh

<i>3 v osmem razredu sem popustila, da sem bila še komaj prav dobra</i>	popuščanje v šoli
<i>3 Nikoli nisem bila v kazenskem postopku.</i>	brez kazenskega postopka
<i>3 Nosečnost je bila nenapovedana</i>	nenačrtovana nosečnost
<i>3 Sem bila vesela, ko sem izvedela, da sem noseča</i>	veselje ob novici
<i>3 Tudi on je bil vesel</i>	veselje partnerja ob novici
<i>3 Rekli so mi, da naj ne neham uživati metadona, ker bi to zelo slabo vplivalo na otroka,</i>	upoštevanje nasvetov strokovnih delavcev
<i>3 vendar sem zmanjšala odmerek prej sem pila 120 mg, v času nosečnosti pa 30 mg metadona, tako da sem celo nosečnost vzdrževala stabilano dozo metadona</i>	stabilnost na substitucijski terapiji
<i>3 Kadit nisem nehala vendar sem full zmanjšala.</i>	zmanjšanje kajenja v času nosečnosti
<i>3 Partner je bil takrat tako kot jaz skozi na metadonu</i>	stabilnost partnerja na substitucijski terapiji
<i>3 Med nosečnostjo me je bilo zelo strah kako bo z otrokom,</i>	strah kaj bo z otrokom
<i>3 klicarila sem okoli strokovnjake o tem.</i>	iskanje informacij o vplivu droge na otroka
<i>3 skozi sem tudih hodila na ultrazvoke</i>	pogostejši ginekološki pregledi
<i>3 V tem času, ko sem bila noseča nisem bila vključena v noben program, tudi takrat sem si metadon kupovala na črnem trgu, tako, da sem potem klicarali naokoli kako pa kaj in so mi potem povedali, da na tej dozi kot sem morm to vzdrževati.</i>	ni bila vključena v noben program skrivanje odvisnosti
<i>3 Redno sem sicer hodila k ginekologinji vendar ji nisem povedala, da imam težave z drogo, nisem imela posebne obravnave zaradi tega, pa tudi oni niso ugotovili.»</i>	redni ginekološki pregledi prikrivanje odvisnosti pred ginekologinjo
<i>3 V bolnici, ko sem šla roditi pa sem povedala, takoj sem povedala.</i>	ob porodu povedala za odvisnost
<i>3 imela sem carski rez, ker je bila v medenični legi</i>	rodila s carskim rezom
<i>3 ni mi bilo težko v tem obdobju, sem bila vesela tamale</i>	veselje ob rojstvu otroka
<i>3 potem so rekli naj jo dojim ni znala vleči, tako, da sem si mleko stiskala tri mesece.</i>	prekinitiev dojenja po lastni odločitvi
<i>3 ker sem tako malo količino metadona pila, ni bilo zaznat metadona ampak bi bilo to v redu, ker potem ne bi imela krize, če bi dobivala majhne doze metadona.</i>	prekinitiev dojenja kljub možnosti lažšanju krize pri otroku
<i>3 Potem sem nehala, ker sem bila tako utrujena, to je trajalo tri ure najprej eno uro, da sem stisnila, potem pol ure, da sem njo nahranila, pa ponoči, tako, da sem potem nehala.</i>	otrok ni imel sesalnega refleksa utrujenost

3 Rekli so, da je imela tamala krizo vendar, jaz sem hodila tja, in sem videla, da se trese vendar sem opazila, da samo takrat, ko je bil lačna, 3 tak, kakor drugi otroci, ko sem ji dala jest je spala po 2 3 uri, kot drugi dojenčki, tako, da po moje je bil samo lačna, ker so ji tudi v porodnišnici dali premalo jest	minimaliziranje abstinenčne krize primerjanje z drugimi dojenčki obrambni mehanizem
3 Oče od partnerja me je poslal nekam, videla sem, da sem nezaželjena, takrat sem odšla delat 3 začela sem si zviševati metadon. Hčerka je bila stara 3 mesece	odšla iz partnerjeve družine nezaželenost, prepiri ponovno zviševanje metadona
3 Pri negi otroka mi je pomagal, jo je previjal vse	partnerjeva pomoč pri negi otroka
3 on je bil tudi ves časa samo na metadonu, saj kakor jaz vem 3 V tem času, ko sva živela skupaj se nisva dobro razumela, mi je skoz kradel, me varal, zlato mi je pokradel, ampak toliko me je znal obrniti, da sem na koncu vedno vse verjela, da ni bil on, da je bil to nekdo drug, me je varal z drugo, saj ga imela rada pa sem mu vse verjela.	partnerjeva stabilnost na metadonu prepiri in konflikti s partnerjem vztrajanje v partnerski zvezi kljub nezadovoljstvu
3 Ko je bil s k je imel z njo zelo lep odnos skrbel zanjo vse 3 ko sem bila prvič na zdravljenju pa jo je v 7 tednih samo enkrat vzel k sebi, niti ni poklical za njo ne nič. Tako me je izkoriščal, je bil z njo lepo ravnal drugače pa mu ni bilo mar, pa saj jo ima rad, da bi sam kaj naredil za hčerko pa ne	ob rojstvu partner lepo ravnal z otrokom upad zanimanja za otroka s strani partnerja
3 Starši mi niso v tem času nič pomagali, zanjo sva skrbela sama	za hčerko skrbela sama brez pomoči staršev
3 Ko sem glih zaspala se je spet zbudila, bilo je kar težko.	utrujenost po porodu napor
3 Center za socialno delo se ni nikoli oglasil, zaradi kakšneoli obravneve 3 tudi nimajo informacij, da sem jaz na drogi	CSD ni nikoli posredoval CSD nima informacij o njeni odvisnosti
3 Mama pravi, da bi morala ves denar njima dat, ker pač tukaj živim in da mi bosta sproti dala za cigarete 3 Ali pa če bi rabla kaj za mene, mene se to ne zdi prav, da jima moram dat socialno in da nimam nič za sebe.»	materialna odvisnost od staršev starši želijo nadzorovati njene prihodke omejenost s finančnimi sredstvi
3 Nimam delovne dobe, skozi sem delala na črno pri sestri v zlatarni sedem let in pol sestra ima zlatarno pri nje sem delala v pisarni.	brez delovne dobe delo na črno

3 Imam končano srednjo prometni šolo 3 potem sem delala tečajo iz enostavnega in dvostavnega knjigovodstva, tečaj iz dragih kakov plemenitih kovinah rada bi delala kakšno terensko delo. 3 Študirala sem tudi na upravni šoli, naredila sem samo tri izpite 3 potem sem bila noseča in sem pustila šolo ampak mi je šlo	zaključena srednjo šolo dodatno izobraževanje nezaključen visokošolski študij prekinitev študija zaradi nosečnosti
3 Zadnje leto živim nazaj pri starših. V skupnem gospodinjstvu živimo oče, mama, jaz in moja hči, 3 je pa neznosno, ker se skoz prepiramo.	skupno gospodinjstvo s starši težke življenjske razmere stalni prepiri s svojci
3 Name razmere doma zelo slabo vplivajo 3 komaj čakam, da končam to zdravljenje, in se pozdravim hepatitisa, potem si najdem službo in greva živeti v podnajemniško stanovanje 3 men se je bilo ful težko vrniti nazaj k staršem, saj sem prej osem let živela proč	konflikti imajo nanjo slab vpliv želja po osamosvojitvi želja po zdravljenju korak nazaj
3 Skupaj živimo v isti hiši s hčerko nimava prostora zase. Imava zelo malo prostora zase, cele dneve smo skupaj doma. 3 To je hiša iz treh štukov ampak so čisti majhne sobe in moja mami ima, to je po moje bolezen, na vseh razprodajah vse kupi, če kje kaj dobi in to je vse tako naloženo, da če bi kaj iz omare dal noter ne bi tega več dobil ni možno 3 Če se s čim ne strinjam mama takoj reče ali si vmoji hiši ali nisi, spakiraj in pejt če ti kaj ne paše	pomanjkanje osebnega prostora prenatranost stanovanja slabe stanovanjske razmere starši prevzemajo skrb in vzgojo starši ji ne zaupajo otroka v družini nima besede grožnje z izselitvijo
3 Ves ta čas sem bila na isti dozi metadona., heroina nisem več nisem ga vzela že 5 let	stabilnost na substitucijski terapiji
3 Sem velikokrat nervozna, to otrok že tako ve, potem pa se jaz včasih brezveze kaj zaderem	nestabilno razpoloženje, razdržljivost kričanje na otroka
3 Nikoli nisem imela tesnih stikov z odvisniško družbo, razen s partnerji, vendar sem se izogibala te družbe, 3 tudi najprej sem si kupovala metodon, ko sem se prijavila na metadonsko terapijo pa sem šla v oddaljen kraj, da sem se izgonila domačemu kraju	nima stikov z odvisniško družbo odvisniška partnerska razmerja izogibanje odvisniški družbi prijava na drugem metadonskem

	centru zaradi stigmatizacije
3 Odnos strokovnega osebja je čist odvisno kje, na detoksu tega nisem občutila,	pozitivne in negativne izkušnje
3 na CSD pa sem čutila s strani neke ženske, ki jo imam sedaj ravno pred očmi, da te prav podcenjuje, da se grdo obnaša, in se tako obnaša, da nima časa za tebe., ona je tukaj zaradi nas	podcenjevanje in aroganca strokovne delavke na CSD
3 Za hčerko starša zelo dobro skrbita in mama in oče, to nimam kaj reči, ok.	starša dobro skrbita za hčerko
3 Včasih zakričita nanjo, če je res potrebno drugač pa zelo v redu skrbita, oba sta čisto nora nanjo	postavljata meje
3 Starša me nikamor ne pustita tako da sem cele dneva zaprta,	omejitev osebne svobode
3 tudi če gram kam moram vedno potem narediti alko test, tudi če greva kam s hčerko je vedno tako (na igirišče ali v kak center zmeraj preverjajo, kako je z mano)	nadzor in kontrola staršev preverjanje s testi preverjenje abstinence
3 sem res slabič, ko me nekaj prizadene grem pit ali vzamem drogo	dejavniki tveganja za uživanja droge
3 Če napiham se skregamo malo pred novim letom sem se ga napila, zato ker mi je mami prejšnji večer govorila, tamali, da ima mamico, ki jemlje drogo,	konflikti zaradi odvisnosti beganje od doma
3 da bo dobila drugo mamico in očka, da jo bodo sedaj dali na socialno, kdo bo pa gledal tako mamo, mene je tako šokiralo	grožnje in strah, da ji bo otrok odvzet
3 Oče je še nekaj toleranten do te odvisnosti,	tolerantnost očeta do odvisnosti
3 mama pa tega ne zastopi in nikoli ne bo zastopla.	nerazumevanje bolezni odvisnosti s strani mame
3 In glih včeraj je našla flaško metadona, ker je mislila, da sem sedaj v redu, da pač ne pijem več, da grem sedaj samo še v nadaljnje zdravljenje. Včeraj je izvedela, celo noč je norela , kričala, potem je še nekaj spila, govorila je, naj se grem kar ubit. Pa otrok tam v sobi, dobro mene je zbudla, otroka hvala bogu ni.	prikrivanje uživanja droge pred svojci
3 Imam dve polsestri, ki so se umaknile iz družine. Z njima se dobro razumem in mi stojijo ob strani, čeprav ne razumejo odvisnosti, rečejo, da bi se lahko odločila in nehala uživati drogo.	nerazumevanje odvisnosti podpora sestre v zdravljenju
3 V tem času, ko sva živela skupaj se nisva dobro razumela, mi je skoz kradel, me varal, zlato mi je pokradel, ampak toliko me je znal obrniti, da sem na koncu vedno vse verjela, da ni bil on, da je bil to nekdo drug, me je varal z drugo, saj ga imela rada pa sem mu vse verjela.	konflikti v partnerskem odnosu varanje partnerja, kraje
3 Partner je sedaj v komuni. Narazen sva šla pred enim letom, pol leta pred tem sva bila nekaj časa skupaj pa nekaj časa ne,	partner vključen v komunsko zdravljenje

<i>3 če pride nazaj iz konune ne želim več biti z njim, sicer ga imam še rada ampak vem, da to ne gre skupaj on mi je pokradel vse, me varal</i>	uvid v rizičnost partnerskega odnosa
<i>3 S hčerko skupaj spiva, ker ji moram vsak večer pravljice govorit in pesmice pet</i>	preživljanje prostega časa s hčerko
<i>03 trenutni nimam nobenega partnerja dokler se ne pozdravim ne želim imeti nobenega partnerja</i>	trenutni ni v partnerski zvezi
<i>3 dakarat sem bila na zdravljenju 25 avgusta sem šal za tri tedne v komuni, prej sem se enkrat zdravila na CZOPD</i>	v zdravljenje bila vključena dvakrat
<i>3 ko sem šal iz zdravljenja sem bila nekaj časa skupaj s sopacientom. Takrat sem naredila napako, če ne bi imela razmerja z njim bi mogoče abstinirala, ne želim biti več z nobenim odvisnikom</i>	uvidi v rizičnost odvisniškega partnerskega razmerja
<i>3 Najtežje pri vzgoji mi je postavljati meje če me ne uboga, sedaj sem jo navadla tako, če me ne uboga štejem do 123 rečem ji, da če me ne bo ubogala jih bo dobila po riti. In sedaj ko je 2 ponavadi že naredi.</i>	težave pri postavljanju meja
<i>3 Ali pa če ji rečem, da mora pospraviti igrače nekaj časa ji govorim potem se mi zasmili in vedno jaz pospravim</i>	popuščanje
<i>3 Potem mi je žal in potem ji vse v rit tiščim, vse ji kupim,</i>	brezmejnost občutki krivde kupovanje materialnih dobrin
<i>3 veliko sem pila, če sem šla kam in pila me ni bilo po dva dni doma, tačas so za otroka skrbeli starši</i> <i>3 potem sem imela slabo vest, ker sem hčerko pustila, saj sem vedela, da je v dobrih rokah ampak jo ni bilo z mano.</i>	prekomerno pitje odstonost od doma in hčerke slaba vest zaradi odsotnosti v odsotnosti starši poskrbijo za otroka
<i>3 Velikokrat imama občutke krivde, to je tako, ko se skregamo, to po mojem že tako otrok čuti, potem pa zaradi tega imam najbolj pogosto slabo vest, prej zaradi tega, ker sem skoz lutala</i>	občutki krivde zaradi konstantnih preprirov občutek krivde zaradi odstonosti
<i>3 Me ne uboga. Je zelo trmasta če kaj ne dobi kar udari in očeta in mamo začne pljuvat,</i> <i>3 uporniška, je zelo živa skoz neki dela, razmetava, ne moreš niti pospravljat skozi neki novega.»</i>	trma upornišтво nemir hiperaktivnost
<i>3 nikoli nisem jemala metadona tako, ker jaz nisem bila od njega nikolo zadeta, mi je bilo že kot čisto normalno, ker jaz sem že pred nosečnostjo nehal s heroinom, kokainom in z vsem</i>	stabilnost na substitucijski terapiji prenahanje uživanje prepovedanih drog že pred nosečnostjo
<i>3 Sem še jaz nervozna. se derem na tamalo, potem mi je žal in potem ji vse v rit tiščim,</i>	nervoznost kričanje na otroka občutki krivde, popuščanje

3 V vrtcu je zelo pridna nima nobenih težav pri meni pa zna izkoristiti. Vzgojiteljica je rekla, da ne more verjet, da je taka doma, ko sem ji povedala na govorilnih urah	v vrtcu nima težav
3 Oče sedaj nima stikov s hčerko.	oče nima stikov s hčerko
3 Preživnine ne plačuje, dala sem tožbo noter, ker mi ni dal še niti za en mesec.	neplačevanje preživnine
3 Materinstvo mi veliko pomeni, vse bi spremenila, samo T.ne	materinstvo ji veliko pomeni
3 Oče je začel govorit kakšna sem, sta kričala name, potem se šla stuširat in sem šla in potem me tri dni ni bilo, šla sem h kolegici, nisem se oglašala na telefon, bilo mi je hudo zaradi hčerke, če bi jo lahko odpeljala bi jo lahko vendar jo nimam kam odpeljat	beganje od doma odsotnost od otroka občutek krivde
3 to so bile same molitve.	negativna izkušnja s obravnavo v komuni
3 V komuni se tamala ni smela jokati, če se je jokala je morala iti ven iz hiše dokler ni nehala, potem so ji rekli, da preveč je, da ne sme toliko jesti, ampak sploh ni debela, je zelo živa in rabi veliko energije ona ne more biti pri miru niti pet minut, ni suha veliko poje ampak tudi energije ima velik	otrok imel prepoved na jok omejevanje otroka pri hrani nadzor nad otrokom
3 nisem zdržala v komuni, to so fanatiki pomembna jim je samo vera. Delaš od jutra do večera niti kosiš ne skupaj z otrokom	predčano zaključena obravnava v komuni delo od jutra do večera odsotnost od otroka
3 Tudi z otrokom preživiš ful malo časa, cele dneve si odstone delaš od jutra do večera, niti kosiš ne skupaj z otrokom (kosilo imaš v drugi hiši), ta časa na otroke pazijo druga dekleta, vrneš se domov ob osmi uri zvečer, ko že spijo	odstotnost od otroka delo od jutra do večera
3 Nikoli nisem še iskala pomoči pri vlogi matere, da bi koga spraševala za nasvet	neiskanje pomoči pri vlogi matere ni iskala nasvetov
3 Center za socialno delo se ni nikoli oglasil, zaradi kakršnekoli obravneve, tudi nimajo informacij, da sem jaz na drogi	ne vključevanje CSD CSD nima informacij o njenih težavah
3 Sem se ga napila, zato ker je mami prejšnji večer govorila, tamali, da ima mamico, ki jemlje drogo,	zloraba alkohola zaradi konfliktov
3 da bo dobila drugo mamico in očka, da jo bodo sedaj dali na socialno, kdo bo pa gledal tako mamo, mene je tako šokiralo	strah pred odvzemom otroka
3 Odnos strokovnega osebja je čist odvisno kje, na detoksu tega nisem občutila,	pozitivne in negativne izkušnje
3 na CSD pa sem čutila s strani neke ženske, ki jo imam sedaj ravno pred očmi, da te prav podcenjuje, da se grdo obnaša, in se tako obnaša, da nima časa za tebe., ona je	podcenjevanje in obosnjaje strokovne delavke na CSD

<i>tukaj zaradi nas, je plačana zaradi tega, ne more se tako arogantno in grdo obnašati..«</i>	
<i>3 Rada bi, da mi pomagali pri pridobitvi službe, stanovanja,</i>	pomoč pri iskanju službe stanovanja
<i>3 Pri moji vlogi materinstva bi mi bile ok kakšne delavnice</i>	vključitev v delavnice
<i>3 V vlogi matere bi rada spremenila predvsem to, da bi živele za sebe</i>	samostojnost
<i>3 glede vzgoje bi rada spremnila predvsem to, da bi ji znala postaviti meje, da ji ne bi popuščala zaradi moje slabe vesti.</i>	postavljanje meja nepopuščanje zaradi slabe vesti
<i>3 In njej škodo delala zato ker ji popuščam</i>	uvid, da je popuščanje slabo
<i>3 Bi hodila na skupino za starše</i>	skupine za matere
<i>3 problem je v tem, da nimam avta in mi bi bilo to predaleč, če grem v Ljubljano pomeni, da sem cel dan odsotna</i>	omejitve v oddaljenosti kraja bivanja
<i>3 Da bi skupaj sedele z materami, ki imajo podobne težave kot jaz, da si izmenjuješ mnenja, tako, da se lahko veliko naučiš</i>	podobne težave izmenjava izkušenj učenje novih veščin

Intervju št. 4

Izjava	Pojem
<i>4 Oče je bil psihično nasilen, vendar nikoli ni bil fizično agresiven, ni dosti falilo do tega</i>	psihično nasilje s strani očeta
<i>4 Bile so težave z očetom, on pije, drugače je bilo vse v redu</i>	alkoholizem v družini
<i>4 V šoli mi je šlo vedno v redu. Imam končano srednjo šolo, ekonomski tehnik,</i>	zaključen srednja šola
<i>4 potem sem se vpisala na faks na ekonomsko fakulteto vednar sem potem zanosila.</i>	nezaključen visokošolski študij prekinitev študija zaradi nosečnosti
<i>4 Nikoli nisem bil zaposlena.</i>	brez delovne dobe
<i>4 Z drogo sem začela pri 17 letih takrat sem prvič poskusila s takratnim partnerjem</i>	partner ji je ponudil drogo
<i>4 poskusila sem iz radovednosti</i>	poskus iz radovednosti
<i>4 Prvič ni bil načrtovan otrok, drugič je bilo še bolj tako</i>	nenačrtovana nosečnost
<i>4 sem šla na komisijo, ker sem hotela narediti splav, nisem, vedela, da sem že toliko noseča, ker sem imela prvi mesec nosečnosti še menstruacijo tri dni in nisem polagala pozornosti nato, ker sem imela tudi že kdaj prej bolj šibko menstruacijo</i>	hotela narediti splav neprepoznavanje nosečnosti
<i>4 Trenutno imam odmere 120mg ravno ta teden mi ga je</i>	stabilnost na substitucijski terapiji

zdravnik dvignil, prej sem ga imela 100 4 sedaj vzamem še kakšne Apaurin, ker sem zelo živčna zaradi te situacije. 4 pri prvi nosečnosti sem morala metadon po žlički pit, sem ga večkrat izburhala	dodatno jemanje terapije zaradi živčnosti težave z reguliranjem substitucijske terapije
4 Sedaj med nosečnostjo kadim ampak tisto minimalno, toliko da kakšnega pokadim	zmanjšanje kajenja
4 striktno se držim tega kar mi reče zdravnik.	upoštevanje nasvetov zdravnika
4 Že ko sva se s partnerjem spoznala sva bila skoz na metadonu, drugih substanc ne jemljeva.	partner stabilen na substitucijski terapiji
4 Pri prvi nosečnosti sem morala po žlički piti, tudi z metadonom sem imela težave, ker sem ga dvakrat izbruhala. Pri tej nosečnosti pa sem mogoče dvakrat trikrat bruhala in potem nič več	težave s bruhanjem in reguliranjem substitucijske terapije
4 Strah me je bilo nisem vedela točno kako bo, sicer poznam nekaj mam v Mariboru, ki imajo otroka, vendar ti nobena točno ne pove kako je.	strah, da bo z otrokom kaj narobe
4 med nosečnostjo sem imela težave s hormoni, sem bila dosti bolj čustvena, pa razpoloženje se mi je spreminjalo	težave z razpoloženjem
4 Ginekolog vse ve, kaj se z mano dogaja, ker me pozna že zelo dolgo iz najstniških let.	informiranje ginekologa o odvisnosti
4 Vse informacije v zvezi z metadonom koliko ga moram jemati, kako vpliva lahko droga na dojenčka mi je dal psihiater v metadonskem centru	informiranje o učinku droge na otroka informacije s strani psihiatra
4 Zdravnik je rekel, da ni imel take krize, ker sem se držala med nosečnostjo, ker tiste mame, ko so na kokainu, imajo njihovi dojenčki grozljivo krizo, krče. Če piješ metadon še ni tako hudo	minimaliziranje abstinencijske krize obrambni mehanizem
4 Dojila nisem, čeprav mi je zdravnik na metadonskem centru rekel, da bi lahko, ker bi s tem mu malo olajšala abstinencijsko krizo, jaz sem se počutila tako, kot da bi mu še jaz zdraven dajala metadon, tega nisem mogla. 4 Ko ima otrok abstinencijsko krizo vidiš kakšne posledice ima droga, je že dobival svečke potem vidiš, da je hudo, da se trese, dobival je zdravila.	prekinitev dojenja zaradi lastne odločitve doživljanje, da z dojenjem tudi otrok dobiva drogo občutki krivde
4 Veliko mi je pomagal tudi partner, ga previjal, hranil	pomoč partnerja pri negi otroka
4 Potem so mi pomagali pri negi patronažna sestra, ki je hodila k meni do 5 meseca, potem je 4 bila tukaj še prostovoljka iz CSD v okviru pomoči družini na domu, ona je hodila, po dve uri na dan, da ga je peljala na sprehod ali pa je ostal pri njemu če sem jaz imela kakšne opravke	pomoč patronežne sestre storitve pomoči na domu
4 Nisva nikjer zaposlena partner občasno pomaga pri sestri, priložnostna dela, potem dobiva še denarno socialno pomoč	brezposelnost denarna socialna pomoč delo na črno

<i>4 Materialno sva preskrbljena, prideva skoz</i>	materialno preskrbljena
<i>4 Finančno mi mama ne more dosti pomagat, ker ima to preko vse oče, mi pa zato finančno pomaga teta.</i>	finančna pomoč svojcev
<i>4 S partnerjem živiva skupaj v občinskem stanovanju, otrok ne živi z nama od meseca decembra, je v rejništvu.</i>	občinsko stanovanje otrok vključen v rejništvo
<i>4 Midva ga ne moreva dobiti nazaj, dokler ne bova čista. To smo se dogovorili na centru za socialno delo.</i> <i>4 Odvzeli so nama ga, ker sva prepozna ga prišla iskat v vrtec in ko sva ga prišla iskat ga ni bilo več tam, so ga kar odpeljali, potem so nama dali začasno odločbo,</i> <i>4 v začasni odločbi je tudi pisalo, da nisva primerna starša, ker sva na metadonski terapiji, zaradi tega morava oba iti na detoks, se sčistiti</i>	nadzor CSD odvzem otroka zaradi prijave neprimerna starševstvo zdravljenje kot pogoj
<i>4 Imam nekaj prijateljic, jim ne povem vsega, ta prostovljka, ki mi je pomagala sem ji kar veliko povedala, nimam niti časa niti želje, da bi se s kom dobivala</i>	slaba socialna mreža nima želje po druženju
<i>4 Z mamo imava zelo dober odnos, slišiva se skoraj vsak dan potem pa nekrat tedensko pride na obisk, z njo imam stike pa z bratom,</i>	pomoč matere dober odnos z mamo
<i>4 oče je jezen name od prvega poroda, pravi, da naj bi jaz zanosila, samo, da mi ne bi bilo treba iti na zdravljenje.</i>	konflikt z očetom
<i>4 Največ bi mi pomenilo če bi imela pomoč staršev, predvsem mame, saj mi pomaga hodi na obisk, ne more mi pa toliko pomagat zaradi očeta.</i>	želja po pomoči staršev
<i>4 V odnosu s partnerjem bi se morala več pogovarjati, čeprav se zdaj pogovarjava glede sina.</i>	več pogovorov s partnerjem
<i>4 V prostem času sva se s sinom dosti igrala, dosti je bil po rokah, redkokdaj da je tako zaspal, bil je navajen skozi biti po rokah.</i>	preživljanje postega časa z sinom
<i>4 sedaj, ko je šel v vrtec je bil pa skozi bolan, tako, da skoraj nič ni bil v vrtcu, imel je še bronhitis, zato je bil v bolnici.</i>	otrok vključen v vrtec
<i>4 Partner mi pomaga pri otroku in tudi pri gospodinjskih opravilih</i>	pomoč partnerja pri gospodinjskih opravilih
<i>4 Odločila sem se za zdravljenje predvsem zaradi tega, kar je bilo sedaj to s sinom, to me je najbolj vzpodbudilo k temu, da nekaj naredim</i> <i>4 Midva ga ne moreva dobiti nazaj, dokler ne bova čista.</i>	odvzem otroka kot motivacija za zdravljenje zdravljenje kot pogoj za pridobitev skrbništva
<i>4 Ze prej sem imela željo, da bi se šla zdraviti, ko je bil star on eno leto, sem hotela iti na zdravljenje, vendar sem potem spet zanosila</i>	otrok kot motivacija za zdravljenje
<i>4 on mi največ pomeni, rada bi bila z njim</i>	materinstvo ji veliko pomeni
<i>4 zdravila se še nisem nikoli, že prej sem imela željo po zdravljenju vendar sem potem zanosila</i>	še ni bila vključena v nobeno zdravljenje

	zdravljenje prestavila zaradi nosečnosti
4 Če primerjam CSD maribor in slovenko bistrice, mi je bilo v mariboru dosti boljše, boljši odnos, bolj so poznali take primere, kot sva midva 4 imela sva tudi zelo v redu prostovoljko, bila je že malo starejša gospa, sem ji res zaupala, otroka, tudi vidlo se je, da ga ima rada, da ima on njo rad, imela je svoje izkušnje.	različne izkušnje poznavanje problematike odvisnosti na CSD zaupanje prostovoljki
4 S Csd sem bila že prej z njimi povezana, ker sem bila v ključena v njihov program pomoč družini na domu, 4 zdaj pa sva vključena še v individualno projektno skupino, skupaj s partnerjem, da se pogovarjamo o obiskih s sinom, da mi povejo kako je z njim.	vklučenost v program pomoči na domu vklučenost v individualno projektno skupino sodelovanje s CSD zaradi stikov z otrokom
4 ker tukaj imajo ful negativen odnos do droge 4 pa tudi niso imeli še nobene izkušnje, midva sva prvi tak primera, 4 ful te silijo, da bi kaj naredil, prav moraš delat načrte, tudi v vrtec so me silili, da dam otroka, rekli so, da je to v redu, čeprav ga jaz nisem mislila še dati	negativen odnos do odvisnosti na CSD pomanjkanje izkušenj s strani CSD siljenje v spremembo
4 S strani CSD imava pogoj, da dokler ne bova čista, ne moreva dobiti sina nazaj, to je pogoj, da ga dobiva, drugače bo ostal v rejništvu	zdravljenje kot pogoj za vrnitev otroka
4 Na zdravljenju bi se rada tudi psihično stabilizirala, da ostaneš čist, ne da se samo sčistiš	ohranitev abstinence psihična stabilizacija
4 Za naprej si želim, da bi sčistila, to mi je že zdaj prioriteta zaradi otroka	želja po abstinenci
4 To je pogoj, da ga dobim nazaj	pridobiti skrbništvo nad otrokom
4 Če bi bila kakšna skupina za mame bi hodila, ker bi si lahko na tak način izmenjavala izkušnje, če bi imela možnost bi hodila.	želja po skupinah za metere odvisnice izmenjava izkušenj
4 Rada bi samo prenehala z metadonom, potem bi bilo vse drugače, 4 nič ne bi rada spreminila glede vzgoje	želja po abstinenci glede vzgoje ne želi spremembe

Intervju št. 5

Izjava	Pojem
5 Sestro sva dobili vse kar sva si želeli	razvajenost
5 Spoznala sem fanta in sem se potem počasi začela navajati,	drogo ji je ponudil partner
5 in potem sem si rekla, zakaj ne bi tudi jaz poskusila	

	drogo poskusila iz radovednosti
5 Z drogo sem se enostavno hotela odklopit., vedno ko je kaj, se samo odklopim	odklop s drogo
5 če je kakšen problem, enostavno ene stvari pozabim, jih potlačim, karkoli se zgodi...	potlačitev in pozaba problemov
5 Bil je nenapovedan otrok, vedela sva, da se lahko zgodi, ker tablet nisem jemala...	nenačrtovana anosečnost
5 bila sva obadva zato, torej otrok je bil zaželen	zaželen otrok
5 Jaz sem se ravno prijavila na metadon in sem izvedela, da sem noseča..	prijava na metadonski program
5 in mi je potem zdravnik rekel, da moram ostati na metadonu na istem odmerku,	upoštevanje nasvetov zdravnika
5 potem sem si postopno zviševala najprej sem imela 34 potem sem zvišala na 56 mg metadona	stabilnost na substitucijski terapiji
5 Želela sem si metadon za domov vendar mi ga zdravnik ni hotel dati, tako, da sem morala iti že 7.30 po metadon biti do sedmih doma, vstajala sem že pol štirih, ker sem bruhal	postopno zviševanje metadona zaradi nosečnosti
5 imela sem krizo, do zadnjega dneva sem bruhal	kriza zaradi bruhanja
5 S partnerjem sva šla narazen, ko sem bila dva meseca noseča.	nezauapnje zdravnika
5 Sva bila takrat skupaj ampak on je bil tako ljubosumen, še potem, ko sem noseča ratala sem mislila, da se bo nehalo ampak je bil še bolj.	bruhanje celo nosečnost
5 sem mislila, da bo to šlo vendar je bilo še slabše	prekinitev partnerskega odnosa v času nosečnosti
5 On je bil odvisnik, ko sem zanosila je on šel na metadon	ljubosumje, upanje na izboljšanje partnerskega odnosa
5 nikoli ni bil nasilen vendar me je psihično matral	poslabšanje partnerkega odnosa
5 Celo nosečnost sem skoraj ležala. ful slabo skozi celo nosečnost od 9 meseca sem bruhal.	partnerjeva odvisnost
5 Sem skoraj splavila v 4 mesecu nosečnosti, 2 mesecu sem začela krvaveti, v 4 mesecu pa sem se začela odpirati, imela sem predpisano strogo mirovanje.	psihično nasilje partnerja
5 Popadki so bili najprej že pri 4 mesecih, sem se odprla potem sem se nazaj zaprla, potem pa znova pri 7 mesecih so bili precej močni, sem se prestrašila	slabo počutje v času nosečnosti
5 Celo nosečnost sem poleg metadona jemala benzodiazepine. Ki sem jih imela predpisane zaradi epilepsije.	strogo mirovanje
5 Na začetku sem bila zelo vesela, da sem noseča, potem pa me je bilo zmeraj bolj strah	strah, da bo predčasno rodila
5 strah me je bilo, da bo kaj narobe z otrokom, bila je skoz neka napetost,	predpisana dodatna terapija zaradi epilepsije
	veselje ob novici
	strah, da bo z otrokom kaj narobe
	prisotnost napetosti

<i>5 bila je skozi neka napetost,</i>	
<i>5 Ko sem bila noseča sem na vsake tri tedne hodila na ultrazvok, ker me je bilo strah, zdravnica me je naročala na 5 tednov jaz pa sem želela bolj pogosto ali pa če sem se čudno počutila, ker sem imela že pri 7 mesecih popadke</i>	več ginekoloških pregledov strah pred predčasnim porodom
<i>5 Hodila sem k ginekologinji, ki se ukvarja prav z nosečnicami, ki imajo težave z odvisnostjo.</i>	dober odnos s ginekologinjo ginekologinja imela izkušnje z materami odvisnicami
<i>5 Ginekologinji sem takoj povedela, da ima težave z drogo, mi je takoj razložila kako in kaj.</i>	ustrezne informacije
<i>5 Moja ginekologinja, ki me je spremljala v času nosečnosti, je imela dober odnos</i>	dober odnos ginekologinje
<i>5 Tako, da mi je ona veliko stvari razložila glede metadona glede krize, kako bo potekala abstinenčna kriza,</i>	pridobitev informacij o vplivu droge na otroka
<i>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</i>	pridobitev informacij s strani drugih mater odvisnic
<i>5 rodila sem tri tedne prej s carskim rezom zaradi epilepsije</i>	predčasni porod carski rez
<i>5 pediatrinja v porodnišnici ni bila v redu do mene, ko sem bila v porodnišnici in je imal tamala abstinenčno krizo, ji je dajala samo zdravila, kapljice, nobenih drugih informacij mi ni hotela dat.</i>	ignoranca osebja v porodnišnici pomanjkanje informacij v porodnišnici
<i>5 Ce sem jo kaj vparšala, mi je rekla, da nima časa ter, da naj pokličem jutri, je odlašala.</i>	stigmatizacija
<i>5 Nisem sodelovala, zato je hčerki začel padati utrip srca, prišli so zdravniki in mi naredili vakumski porod</i>	nesodelovanje pri porodu težave ob porodu
<i>5 Tudi jaz sem dojila samo teden dni, potem mi je zdravnica odsvetovala, tudi zaradi hepatitisa, ni jokala toliko</i>	prekinitev dojenja po nasvetu zdravnice prekinitev dojenja zaradi hepatitisa
<i>5 Moja je imela krizo samo 10 dni, od sestre hčerka pa mesec in pol</i>	miimaliziranje abstinenčne krize
<i>5 Bila je 10 dni v bolnici, bilo mi je hudo rekla, sem da naj ji nehajo dajat kapljice, potem so ji še 5 dni zniževali dozo, meni je bilo ok. Da ni bilo take krize</i>	slabi občutki ob abstinenčni krizi otroka
<i>5 Mislim, da je bila to nagrada, da si lahko spet privoščim, ko si lahko privoščim</i>	recidiv kot nagrada za dosedanje abstinenco
<i>5 Dva meseca po porodu sem začela ponovno intenzivno uživati drogo, ko je otrok začel rasti</i>	recidiv kot nagrada, da je z otrokom vse v redu
<i>5 potem ta stiska, zaradi partnerja, ker ni hotel videti otroka</i>	recidiv zaradi stiske
<i>5 Zadnjič sva se po telefonu pogovarjala najprej grdo govori v bistvu mu ni vseeno, vidim da jo ima rad, vpraša kako je,</i>	partnerjevo nesprejemanje otroka

<i>nato se pa čist obrne in reče, da on nič noče imeti z nama</i>	
<i>5 Doma mi je pomagala mama pri negi in skrbi, dosti mi je pomagala,</i>	pomoč matere pri negi in skrbi otroka
<i>5 če smo bile same je bilo naporno, bila je v krizi.</i>	napor ob negi otroka
<i>5 Ne želim, da bi bili kot družina ampak bi rada videla, da bi on imel neki stik z njo., ko bi bila starejša, da bi šla k njemu, oziroma, da bi jo sprejel</i>	želja, da bi otrok imel stike z očetom
<i>5 Še nikoli nisem bila nikjer zaposlena, sedaj sem itak na porodniškem dopustu</i>	brezposlenost porodniški dopust
<i>5 Ko pridem iz zdravljenja bi šla s hčerko rada nekam živet na svoje,</i>	želja, da bi samostojno zaživela
<i>5 ker doma ne bom mogla živet, saj pride sestra iz zapora</i>	ovira prihod sestre iz zapora
<i>5 V enem izmed napadov, ko sem jo držala v rokah, mi je mama kasneje povedala, da sem začela usta zvižati, mi je šla po pomirjevalo, da me ne bi prijeli krči takrat sem ta mali dala v usta pomirjevalo, jaz se tega sploh nisem zavedela, nič se ne spomnim</i>	ogroženost otrokove varnosti
<i>5 Staršem ful zaupam, mamo jo previje, oče jo hrani, oče jo ima več, zjutraj je mamo z njo, oče popoldne, ker mama mora veliko počivat,</i>	staršem zaupa otroka starši prevzeli skrb za otroka
<i>5 mama je zelo bolna, je na dializi, mama si daje dializo ponoči, ima tudi osteroporožo</i>	zdravstvene težave matere
<i>5 na CSD smo se pogovarjali, da bi mama vzela porodniški dopust</i>	mama na porodniškem dopustu
<i>5 sedaj nikoli ne pride pogledat hčerke, tudi nikoli jo ni še videl. Meni je hudo zaradi tega kakšen karakter ima.</i>	nima stika s otrokovim očetom
<i>5 Bi rada da otroka vidi že zaradi nje, da bi se spoznala, da bi vedela kdo je njen oče.</i>	partner odklanja stik z otrokom
<i>5 Ponoči spi, podnevi ne spi nič, jaz skrbim zanjo, zvečer ji dam enkrat jesti potem pa spi do sedmih zjutraj«.</i>	nezahteven dojenček
<i>5 k je zdrava nima nobenih zdravstvenih težav, vsak mesec jo vozim k pediatru</i>	redni obiski pri pediatru otrok je zdrav
<i>5 Sedaj je hčerkina pediatrinja v redu, ve kakšne težave imam, ker me pozna že prej iz metodonske ambulante</i>	informiranje pediatrinje o njeni odvisnosti
<i>5 Z nosečnostjo se je veliko spremenilo, prej nisem razmišljala o tem, da bi se vključila v kakšen program, sedaj sem začela premišljevali, da nekaj naredim, da se bo hčerka nekaj naučila</i>	otrok motivacija za zdravljenje
<i>5 dostikrat sem bila zunaj po 3,4, ure, ni mi bilo vseeno, kako</i>	občutke krivde ker ni skrbela za otroka

<i>je z malo, sem poklicala vendar domov nisem šla</i>	odsotnost in odhajanje od doma
<i>5 sedaj mi je žal krivo se počutim</i>	občutki krivde zaradi odsotnosti
<i>5 sedaj sem bolj pripravljena na zdravljenje, kot je bilo prvič.</i>	pripravljenost na zdravljenje
<i>5 so mi rekli naj bi šla na detoksikacijo, da bi potem bolj skrbela za otroka</i>	detoksikacija kot pomoč, da bi bolj skrbela za otroka
<i>5 Zdaj mi je boljše sedaj so mi te skupine pomagale, začela se razmišljati o tem, kaj so bili</i>	vključitev v zdravljenje odvisnosti
<i>5 vzroki, da sem začela uživati drogo, kaj me je pripeljalo v odvisnost, kaj so vzroki</i>	motivacija za zdravljenje razmišljanje o vzrokih za odvisnost
<i>5 Hčerko sedaj, ko sem v bolnici pogrešam, saj skrbi dobro zanj, vem da ni to to, vendar da moram veliko pri sebi spremint, pogrešam, ko se prebuja. Tudi zobek ji je začel rasti«</i>	na zdravljenju pogreša hčerko želja po spremembi
<i>5 Jaz moram najprej poskrbeti za sebe, da se bom lahko ukvarjala s hčerko</i>	poskrbeti zase, da bo lahko skrbela za otroka
<i>5 da jo bom naučila nekaj, ker me nis</i>	želja da bi hčerko nekaj naučila
<i>5 hčerko , da jo bom naučili nekaj, ker me niso, saj so me, vendar so mi vedno popuščali, jaz sem učila od sestre. Rada bi da bi imela neke mej, red, pravila , ritual.</i>	želja, da bi znala postavljati meje želja po učenju starševskih veščin
<i>5 Pri nas smo imele preveč svobode, , sama se morma tega najprej naučit</i>	brezmejnost v njenem otroštvu
<i>5 Rada bi hodila na kako skupino, tam bi bile tudi mame, ki imajo starejše otroke,</i>	vključevanje v skupino za mame izmenjava izkušenj
<i>5 rada bi se naučila kako otroka vzgajati, povedati kaj je prav in kaj ni prav,, kako postavljati meje, da ne bi bila preveč popustljiva.</i>	pridobitev starševskih veščin kako biti dobra mama
<i>5 S tem imam težave tudi zunaj nisem nikoli rekla ne, predvsem do tistih, k iso mi blizu, mi nekaj pomenijo, rada vsem pomagam, to so vsi izkoriščali moja sestra, partner</i>	naučiti se reči ne
<i>5 strokovno osebje se je do mene obnašalo zelo različno, imam dobre in slabe izkušnje</i>	dobre in slabe izkušnje s strokovnim osebjem
<i>5 zdravnik, ki se ukvarja z odvisniki se mi ni dopadel, obnašal se je do mene grdo predvsem takrat, ko sem bila noseča</i>	slabe izkušnje z zdravnikom iz metadonske ambulante
<i>5 On misli, da tistim, ki so na metadonu se to ne bi smelo zgoditi.</i>	stigmatizacija zaradi odvisnosti

Intervju št. 6

Izjava	Pojem
<i>6 Jaz sem bila kot majhen otrok ful scrklana, potem sem imela probleme s hrano, nisem imela apetita, potem sem skupaj padala, mami je imela ful problemov z mano, kar se tiče tega, imela sem tudi šum na srcu,</i>	težave z zdravjen v otroštvu razvajanost
<i>6 mama me ni nikamor pustila</i>	mati je ni nikamor puščala
<i>6 zelo smo bile navezane z mamo, zato me je večkrat ščitila</i>	navezanost na mamo zaščitniški odnos mame
<i>6 moj oče je skoz delal, on je bil več ali manj skoz od odma</i>	odsotnost očeta
<i>6 Tudi starejši so bili noter, tam sem spoznala drogo ,starejše, to mi je bilo vedno fajn med starejšimi, ker se je več dogajalo in potem sem šla v take stvari, nikoli me ni bilo strah</i>	družba starejših
<i>6 začela sem pri 15 potem sem nehala, potem sem pustila družbo potem sem se spet vrnila, nehla sem 3krat vmes, potem sem padla na dno</i>	začetke uživanje droge pri 15 večkratni recidivi padec na dno- odločitev za zdravljenje
<i>6 Ko sem prvič provala, je bilo to zame neki posebnega, ampak mene je to zanimalo, vse je bilo tako lepo,</i> <i>6 vedno ko sem bila tako razočarana, prva ljubezen, mi je pomagala, da sem na vse pozabla</i>	poskus droge iz radovednosti potlačitev problemov
<i>6 Jaz sem bila v resnici ful zaprt tip človeka in ko sem vzela prvič drogo sem se počutila ful svobodno vse mi je bilo lepo, nič me ni motilo, če mi je kdo kaj rekel.</i>	občutek svobode
<i>6 Nikoli nisem bila v kaznovana</i> <i>6 So kaj razbili sem bila zraven, sej nikoli nisem nič razbila, da bi kaj ukradla.</i> <i>6 Strah me je bilo, pa tudi na policiji sem bila, pa nikoli zaradi sebe, vedno zaradi drugih, pa nikoli nisem nobenega izdala</i>	brez kazenskega postopka prisotnost pri kaznivih dejanjih ščitenje drugih pri kaznivih dejanjih
<i>6 mama je prej sumila ni vedela točno, si je prikrivala</i>	prikrivanje odvisnosti mati si ni priznala
<i>6 P. sem rodila pri 21 letih, jaz ko sem bila noseča, ko sem bila že noseča pa nisem vedela, da sem noseča,</i> <i>6 ker sem imela probleme z menstruacijo, imela sem neredno menstruacijo, ampak kot da bi neki čutila, da se dogaja v meni.</i>	nenčrtovana nosečnost ni vedela za nosečnost
<i>6 In takrat sem tudi prenehala in nisem imela nobene krize, takrat sem rekla, otrok raste v meni ne smem se drogirat</i>	prenehanje uživanje droge zaradi nosečnosti
<i>6 Jaz sem bila z njegovim očetom dve leti in potem glih tisti trenutek, ko sem ugotovila, da sem noseča sva se razšla jaz sem bila odvisnica, on ni bil odvisnik, pa je rekel, da nisem bila samo z njim.</i>	prekinitev partnerske zveze ob novici

<i>6 Bala sem se da bo z njim kaj narobe</i>	strah, da bo z otrokom kaj narobe
<i>6 Imela sem več pregledov</i>	več ginekoloških pregledov
<i>6 Jaz sem ginekologu povedala, jaz sem bila potem z vsemi odkrita vseeno mi je bilo ali grem v zapor ali ne, ker ne veš kaj te čaka ampak jaz sem bila pripravljena na vse, ker sem si želela tega otroka.</i>	ginekologu povedala za odvisnost
<i>6 Ginekologu sem povedala, da sem se drogirala do tistega dne, da sem še ta dan vzela, ko sem zadnjič vzela sem bila noseča mesec pa pol, tolik da sem videla, da je bil pozitiven test</i>	iskrenost v korist otroka
<i>6 Porod je bil zelo težek, bila sem nezainteresirana, ker me je vse bolelo</i>	slabi spomnini na porod nesodelovanje pri porodu
<i>6 In potem ko se je david rodil sem do njegovega osmega meseca nisem drogirala, bila sem skoz doma.</i>	vzdrževanje abstinence po rojstvo otroka recidiv, ker jo otrok ni več toliko potreboval
<i>6 Potem, ko me ni več skoz potreboval, sem začela zahajati ven nazaj v odvisniško družbo «</i>	ponovno zahajanje v odvisniško družbo
<i>6 Po porodu sem živela doma pri mami, jaz sem si želela biti mama.</i>	življenje v skupnem gospodinjstvu z mamo
<i>6 Mami mi ni pomagala pri negi otroka, jaz sem svoji mami rekla, da jaz lahko živim pri njej prosim pa da me pustiš pri miru, jaz sem mami, in ga bo jaz rihtala, če se bo drl ponoči ga bom jaz rihtala.</i>	sama skrbela za otroka ni želela pomoči matere želela sama opravljati vlogo matere
<i>6 jaz sem se vedno bala, da mi bo vzela vlogo mame, da bo ona mama mojemu otroku</i>	strah, da ji bo mati prevzela materinsko vlogo
<i>6 ugotovila sem, da jaz sploh nisem slaba mama, ker ona je mislila, da ne bom znal skrbet za otroka</i>	nezaupanje mame
<i>6 Bil je zelo priden otrok, nikoli ni jokal ponoči, jaz ploh nisem vedela, da ga imam</i>	nezahteven otrok
<i>6 otrok je enkrat, ker se je rodil normalen, bala sem se, da bo z njim kaj narobe</i>	strah, da bo z otrokom kaj narobe zadovoljstvo, da je otrok zdrav
<i>6 Sedaj sva se sinom preselila k partnerju</i>	ustvarila novo življenje nova partnerska zveza
<i>6 imamo svoj štuk v hiši njegovih staršev</i>	lastno stanovanje
<i>6 zelo veliko se pogovarjam z gospo, ki me spremlja od komune.</i>	pomoč prostovoljke iz komune
<i>6 Zaupam le takim ljudem, ki me res poznajo že od prej in zdaj</i>	zaupanje ljudem, ki jo poznajo

<i>6 partner nima težav z odvisnostjo</i>	sedanji partner nima težav z odvisnostjo
<i>6 ful mi je pomagal, ko sem prišla iz komune</i>	pomoč partnerja pri vrnitvi iz komune
<i>6 jaz mam tak problem, da mislim, da nisem dobra mati,</i>	prepričanje, da ni dobra mati
<i>6 imam slabo vest, ker se je vse to zgodilo</i>	občutki krivde in slabe vesti zaradi uživanja droge
<i>6 Iste posledice ima kot jaz, da hitro ven pade, to sem videla že noter v komuni, da ima te težave ampak potem vidiš, ko prideš ven</i>	otrok ima težave z impulzivnostjo
<i>6 On pride ful dobre volje domov in me začne izzivat in jaz rečem saj je v redu. Ampak to ni v redu, ker so to v meni nabira in potem počim</i>	težave z lastno impulzivnostjo,
<i>6 jaz res, da sem bila odvisnica vendar sina nikoli nisem pustila samega, ga zanemarjala</i>	kljub odvisnosti poskrbela za otroka
<i>6 Meni je sin rešil življenje, kersem hotela biti dobra mati, sem šla v skupnost, kamor sem šla je bil zmeraj zraven, potem sem rekla, da to več ne gre</i>	otrok kot motivacija za zdravljenje želja, da bi bila dobra mama
<i>6 Ve, da je mami imela problem</i>	otrok ve, da je imela težave
<i>6 To je mene učila skupnost in dala mi je neverjetno veliko. In sem vedno rekla, da bom ostala v stiku z njo.</i>	pozitivna izkušnja s komune
<i>6 Jaz mislim, da ima vsak eno odvisnost, ali pijače, ali preveč ješ jaz od nekoga, ki nikoli ni bil na drogi rade volje sprejemam nasvet če ga ima</i>	ostaja v stiku s skupnostjo sprejemanje nasvetov
<i>6 Prav je bilo, da si ločena, je en šok, jaz sem bila vedno huda, ločili ste me od sina ampak če gledam sedaj nazaj je bilo to potrebno.</i>	ločenost od otroka doživela šok
<i>6 Jokal je, ker nisva mogla spati skupaj, ker sva zmeraj, jaz sem jokala, ker mi je bilo težko.</i>	otrok v šoku, ker nista bila skupaj
<i>6 Ampak to je bilo potrebno, ker mama odvisnica rabi čas za sebe., pride vse na dan kar je doživela od majhnega do tistega dne, ko je začela z drogo.«</i>	potrebovala časa za sebe otrok potreboval čas za sebe
<i>6 Bila sva malo skupaj, ker je on moral delat na sebi določene stvari, ki jih je trpel in jaz določene stvari, ki sem jih trpela.</i>	
<i>6 otrok je rabil izkušnje z drugimi, imel je izkušnje samo z mamo, ki je bila norkomanka</i>	otrok potreboval izkušnje z drugimi
<i>6 sem bila drugačna odvisnica. Že od majhnega sem bila zelo čustvena,</i>	stereotip matere odvisnice
<i>6 tudi če sem bila odvisnica, mi je otrok največ pomenil, ko sem prišla noter so videli najino navezo.</i>	otrok ji največ pomeni navezanost na otrok
<i>6 stefanu sem zaupala, karkoli mi je rekel sem ga poslušala, on je bil zame Jezus, ki ga ne vidiš, znal je pohvalit in pograti</i>	dober odnos s strokovnim vodjem komune zaupanje in poslušanje

6 Jaz se moram spremenit, na drugačen način reagirat,	želja po spremembi naučiti drugačnega vedenja do otroka
6 če bi jaz bila potrpežljiva bi tudi on bil	naučiti potrpežljivost
6 Želim biti dobra mati, dobro vzgojiti otroke, pa da bomo srečni, ker je to najbolj pomembno, da poveš kaj ti ne paše.	želja biti dobra matit želja po pravilni vzgoji otroka
6 Jaz ne rabim, da mi nekdo predava, če pa obstaja neka ženska, ki je imela podoben problem potem pa ja, rade volje jo poslušam, rade volje upoštevam njene nasvete, ker če je ona šla čez to, če je ona zmogla potem lahko tudi jaz.	podeliti izkušnje s materami odvisnicami upoštevanje nasvetov motivacija, da ji lahko uspe
6 želela bi si, da me nekdo zna poslušat, pa da mi da nasvet	želja da bi bila slišana želja dobiti nasvete
6 jaz moram sama s sabo razčistiti, zakaj jaz tako reagiram to meni noben ne more pomagat	razčistiti s seboj
6 meni edino pomaga molitev	pomoč molitve pri premagovanju težav
6 Jaz si želim za naprej pomagat ljudem	želja da bi pomagala drugim
6 da bi delala tisto kar si jaz želim, da bi delala v lokalu, prej sem že delala v lokalu in to je ena lepa stvar , ne bi šla več v lokal ker vem da to ni zame rada bi pa delala v kakšni slaščičarni.	želja po zaposlitvi pričevanje svoje življenjske zgodbe
6 rada bi bila pa pričevalec, že prej sem veliko predavala po šolah in govorila svojo zgodbo,	
6 ve, da je mama imela probleme	sin ve za probleme
6 jaz sem svojemu sinu pripravljena povedat, da sem imela probleme	sinu želi povedati za odvisnost
6 Vem, da v življenju me lahko še veliko čaka z mojim sinom, po eni strani lahko prepoznaš, če ima otrok kakšne probleme	možnost, da bo tudi sin imel težave z drogo želja, da bi prepoznala če bi imel otrok težave z drogo
6 včasih pride na plan stara K. Jaz sem še vedno duša narkomana, včasih bi še vedno naredila kakšen ovinek, vendar se potem vedno poravnam	občasna želja po drogi

Intervju št. 7

Izjava	Pojem
7 Mam je tepel, jaz pa sem se zraven mešala, ko sem stopla vmes, potem je pa še mene	fizično nasilje s strani očeta
7 Imela sem težko otroštvo,	slabi spomni na otroštvo

<i>7 ko se je oče napil se je na mamo znašel, tako, da smo nože skrivale</i>	alkoholizem očeta
<i>7 oče je naredil samomor, ko sem bila stara 18 let.</i>	samomor očeta
<i>7 V srednjo šolo sem hodila na trgovsko akademijo, zmeraj sem bila dobro v šoli, potem sem naredila poklicno trgovsko z odliko</i>	dober učni uspeh zaključena srednja šola
<i>7 delala sem v trgovini, kiosku, kuhinji</i>	delovne izkušnje
<i>7 Invalidsko sem upokojena 5 let</i>	invalidska upokojitev
<i>7 To je bila nenačrtovana nosečnost.</i>	nenačrtovana nosečnost
<i>7 Samo nisem hotela splava delat, ker sem ga že enkrat imela pri 18 letih, nisem hotela še enkrat</i>	ni razmišljala o splavu
<i>7 Zelo sem se čuvala med nosečnostjo, da nisem nič jemala,</i>	skrb za zdravje
<i>7 samo tist metadon in antidepresive, pa čist nič drugega nisem jemala.</i>	stabilnost na substitucijski terapiji v času nosečnosti
<i>7 med nosečnostjo sem kadila vendar sem zmanjšala iz ene škatle na 7 cigaret</i>	zmanjšanje kajenja v času nosečnosti
<i>7 Partner je skoz samo na metadonu, je 20 let starejši od mene, drogo je začel uživati pri 30</i>	partnerjeva odvisnost
<i>7 Strah me je bilo kaj bo z otrokom, čeprav na srečo je vse v redu.</i>	strah, da bo z otrokom kaj narobe
<i>7 Pekla me je vest, da sem na metadonu in da sem mamica, pa če bo vse v redu, ko sem bila noseča</i>	občutki krivde zaradi odvisnosti
<i>7 Več sem hodila na preglede</i>	pogosti ginekološki pregledi
<i>7 bala sem se, da bo s hčerko kaj narobe</i>	strah da bo z otrokom kaj narobe
<i>7 Ginekologinja mi ni vzela krvi za hepatitis, čeprav je vedla, da sem na metadonu, jaz sem takoj povedala ginekologinji kakšne težave imam, je tudi v kartonu pisalo, kaj imam predpisano metadon</i>	ginekologinji povedala za odvisnost nezadovoljstvo z odnosom ginekologinje
<i>7 Med nosečnostjo nisem dobila nobenih informacij kako droga vplia na otroka</i>	neinformiranost o vplivih droge na nerojenega otroka
<i>7 Ko sem rodila je bil to zame najlepši dogodek na svetu, ni nobene droge take, da bi to izenačilo, zelo sem bila vesela</i>	veselje ob rojstvu otroka
<i>7 Poporodna depresija se je začela pojavljat po 5 dneh bolnice, ker tam so z mano zelo grdo ravnali v porodnišnici.</i>	poporodna depresija stigmatizacija osebj v porodnišnici
<i>7 V rokavicah so mi prinesli hčerko, ko so izvedeli, da ima hepatitis, z rokavicami so mi nosile hrano, pa tlak so mi</i>	slab odnos v porodnišnici

<i>merile z rokavicami , ker so imeli tak prvi primer v bolnici</i>	nepoznavanje odvisnosti porodnišnici
<i>7 Zelo me je bilo strah poroda, ko sem imela popadke, sem skoraj sem doma rodila, popadke sem imela, in jaz sem mislila, da je nekaj narobe, ker je bilo 5 dni prej</i> <i>7 sploh nisem hotela iti v bolnico, ker sem mislila, da je nekaj narobe.</i>	strah pred porodom strah, da bo z otrokom kaj narobe
<i>7 Dojila sem samo 5 dni, niso vedli, kaj bi bilo boljše zame in za otroka</i>	prekinitev dojenja zaradi neznanja s strani osebja
<i>7 Je jokala, so mi rekli, da moja drugače joka</i> <i>7 pa sem gledala druge dojenčke pa so vsi isto jokali, vsi so podobno jokali, dali so ji sirup, pa je bilo v redu. »</i>	minimaliziranje abstinence krize otroka primerjanje joka z drugimi novorojenčki
<i>7 partner takrat ni padel v drogo</i> <i>7 jaz sem naskrivaj to počela, potem je iz.vedel</i>	partner ni recidiviral prikrivanje uživanje droge pred partnerjem
<i>7 Tri leta nisem vzela nobene droge po porodu, bila sem na metadonu, antidpresiva, antipsihotikih</i> <i>7 Po treh letih sem se ponovno navezala z družbo,</i> <i>7 hčerka je že malo zrasla, ni me več toliko rabla.</i>	triletna abstinenca po rojstvu otroka ponoven stik z odvisniško družbo recidiv ko je hčerka ni več toliko potrebovala
<i>7 En mesec je mama skrbela za tamalo,ko sem bila v bolnici, potem se je izboljšalo, potem sem bila mesec dni še pri mami.</i>	pomoč matere pri negi otroka
<i>7 Po dveh meseceih sem se preselila k partnerju in potem sem sama skrbela za otroka</i> <i>7 tudi babica me je zelo pohvalila, ker sem ji vse kuhala tudi zelenjavo nisem ji nič kupovala frutkov. »</i>	odgovornost do otroka za otroka skrbela sama pohvala babice
<i>7 Po porodu se je pojavila poporodna depresija tudi psihoza, vse sem narobe mislila, da je cel svet proti meni</i> <i>7 pa da sem mamica in da sem na metadanu</i>	poporodna depresija in psihoza občutek krivde
<i>7 On je zaposlen imamo doma avtoprevoznitvo, njegov brat, zato jaz tudi če bi hotela delat, jaz sem v invalidski penziji, jaz ne bi mogla, ker je on skoz na poti, ker nekdo mora biti s tamalo.</i> <i>7 Jaz sem skoz doma, skrbim za gospodinjstvo, kuham, pospravljam rada imam čisto.</i>	partner zaposlen želja po zaposlitvi invalidska upokojitev skrb za gospodinjstvo skrb za otroka
<i>7 Jaz dobim penzije 370 evrov, hvala bogu, da partner dela, tako da nam gre</i>	slabo invalidska upokojitev

	materialno preskrbljenost
7 Na invalidsko se je spomnila mama, mama je želela, da grem v invalidsko, na mesec dobim 370 evrov	želja matere za njeno invalidsko upokojitev
7 Poleg metadona včasih pokadim še kakšen joint. imam s tem take težave, da bog pomagaj.	občutki krivde zaradi uživanja droge
7 Potem me vest peče in vse ampak s tem ima težave, s to travo	težave z uživanjem THC
7 Odločila sem se da ostanem na metadonu, rada bi zmanjšala, čeprav je najbolje, da ostanem na metadonu, ali da zmanjšujem po 0,2 mg metadona, sedaj se dobro počutim, zadovoljna sem s svojim življenjem	zadovoljstvo z življenjem ostati stabilen na substituciji ambivalenca do detoksikacije
7 Nimam prijateljev, včasih mi manjka, da bi imela kakšno normalno prijateljico, ki ne bi imela nobenih težav ne z metadonom, ne s travo,	slaba socialna mreža želja po druženju z ljudmi, ki nimajo težav z drogo
7 Samo živim v majhnem kraju, tu si pa stigmatiziran, da ne dobiš nobenega prijatelja.	stigmatizacija v domačem okolju
7 Svakinja je čudna, me sploh včasih niti ne pozdravi	nerazumevanje s strani sorodnikov
7 Ko sem postala mama sem izgubila željo po drogi me ni mikala nobena droga, sem čisto presekala,	otrok predstavljal motivacijo za dolgotrajno abstinenco
7 odvisniška družba, nekaj časa sploh nisem hodila ven, z dojenčkom sem hodila ven, potem,	prekinitev stika z odvisniško družbo
7 ko je šla ona v vrtec so se začele jutranje kavnice in tako naprej, na metadonskem centru.	izguba zanimanja za drogo po rojstvo otroka intenzivno ukvarjanje z otrokom
7 Partner takrat ni padel nazaj na drogo, jaz sem na skrivaj to počela, potem je izvedel	ponoven stik z odvisniško družbo skrivanje uživanja droge pred partnerjem
7 Hčerčina zdravnica ima mene zelo rada, ker sem jo redno vozila na cepljenje, me je pohvalila, zelo me ima rada, vsi so prijazni z mano, tudi tukaj	redni pregledi pri pediatru pozitivne izkušnje s strokovnim osebjem
7 Po rojstvu otroka sem bila še 4 krat hospitaliziran	večkratne hospitalizacije po rojstvu otroka
7 poskrbi mama za hčerko,	pomoč matere pri skrbi za otroka v času hospitalizacij
7 z mamo smo zelo povezane	povezanost z mamo
7 Midva se sicer dobro razumeva, vendar je sedaj začel biti bolj tak očetovski, ker sem jaz tolk mlajša, ne pusti me tam, ne pusti me tam, kot da mi je oče, ne zaupa mi nič	dober odnos s partnerjem partnerjeva skrb

	očetovski odnos partnerja
7 Hčerka nima nobenih zdravstvenih težav	hčerka nima zdravstvenih težav
7 Ko pride domov domače skupaj narediva, v knjižnico skupaj hodi	aktivno preživljanje prostega časa z otrokom
7 Včasih se mi zdi, da imam premalo volje, lahko bi se z njo še bolj ukvarjala, kot se, čeprav drugi pravijo, da se	občutek za pomankanje volje pri ukvarjanje z otrokom
7 Večkrat popustim, bolj trdna bi mogla biti.	popuščanje, nepostavljanje meja
7 Jaz sem imela težko otroštvo, moj oče je tepel mamo in mene, ker je bil on tak jaz nočem biti več taka.«	izogibanje kaznovanju izkušnje iz otroštva
7 Z hčerko smo imele zelo dober odnos do sedaj, zdaj zadnje čase mi pa odgovarja,, vedno hoče imeti prav, pa če ima prav ali pa ne, mora imeti prav.	upornišтво popuščanje zaradi izogibanju konfliktom
7 Včasih rečem ja samo, da se ne skregava.	dober odnos s hčerko
7 Jaz jo večkrat pohvalim, pridna ljubica moja.	pohvale
7 Če me ne uboga ji povem na lep način nič ne kričim, ne dajem ji kazni, ne zdi se mi neprimerno, men te kazni niso všeč	izogibanje fizičnim kaznim
7 Glih včeraj sem bila na govorilnih urah in jo je učiteljica zelo pohvaljala. V šoli je pridna in tiha	otrok v šoli nima težav
7 Hčerka ve, da sem bolana, ne vem točno kaj si misli, reče pa da sem bolana, nič ne reče	hčerka prepoznava materine težave
7 Ve da zdravila jemljem ter da skrivam tablete	skrivanje medikamentov pred otrokom
7 travo kadim v dopoldanskem času, ko je tamala v šoli	uživanje droge v odsotnosti hčerke
7 CSD se je pred enim letom pojavil, ker je nekdo prijavil neresnico, da so moja stanovanja polna igel, potem je prišla socialna delavka in je bila presenečana	prijava CSD
7 prej mi center ni pomagal	neiskanje pomoči na CSD
7 Zdi se mi da sem v redu mama	občutek, da dobro opravlja vlogo matere
7 in da ne rabim nobene pomoči	pomoči pri vzgoji ne potrebuje
7 Rada bi spremenila to, da bi rada kaj delala. Rada bi delala v kakšni trgovini z oblačili	želja po zaposlitvi