

Kaló Zsuzsa

# Terhesség, anyaság és szerhasználat

A szerhasználó várandós és kisgyermekes nők témaköre olyan komplex problémakör, amely szülészeti-nőgyógyászati, addiktológiai, pszichiátriai, szociális, pszichológiai, illetve morális és személyes kérdéseket is felvet (Bonati M., R. Bortolus, F. Marchetti, M. Romero, and G. Tognoni, 1990; Chavkin, 1990; EMCDDA 2000, Gyarmathy, Giraudon, Hedrich, Montanari, Guarita–Wiessing, 2009). Pontos adatok nem állnak rendelkezésre a szerhasználó (illegális vagy legális szerek abúzus) nők számáról és a probléma prevalenciájáról Magyarországon. Ennek hátterében a szerhasználó nők rejtőzködő magatartása, a terhes nők és kisgyermekes anyák társadalmi megítélése, valamint az egészségügyi-szociális hálózat jelzőrendszerének hiányosságai állnak. A demográfiai adatok szerint a 2000-es években a szülések vállalásának időpontja jelentősen megváltozott, a húszas életkor végére és a harmincas életek közepére tevődött át (KSH, 2011). Az iskoláskorú és a felnőtt népességben (14–64 évesek) tapasztalható illegitim droghasználat, de különösen a szülőképes női életkori csoportokban tapasztalható droghasználat (Paksi, 2003; Paksi–Arnold; 2007; Nemzeti Drog Fókuszpont, 2010; HBSC 2011) arra utal, hogy nőni fog a szerhasználó, majd terhessé váló nők aránya, sőt azoké is, akik a droghasználatukat a terhesség alatt sem hagyják abba. Jelenleg a terhesség alatt drogot használó ismert esetek száma alacsony; de valószínűleg nagy a látencia, illetve feltehető, hogy azokon a szülészeti-nőgyógyászati osztályokon, ahol 1–2 ilyen eset fordul elő, azokat nem is jelentik. Becslések szerint a súlyosan függő nők közül évente 50–100 esik teherbe, akik később (második vagy harmadik trimeszterben) jutnak az egészségügyi-szociális ellátórendszer látóterébe (Csorba–Pataki–Péterfi 2011; Kaló és mtsai 2011). A legális szereket (pl. alkohol, gyógyszer) és az illegális szereket rekreációs célból használó nők eljutnak az ellátórendszerbe, de a szerhasználatuk jellegéről, mértékéről nem adnak a személyzetnek megfelelő tájékoztatást (Kaló és mtsai 2011). Így nem juthatnak releváns információkhoz, amely a

saját maguk és a magzat egészségét szolgálná, de gyakran a szociális és egészségügyi rendszer dolgozói sem felkészültek arra, hogy megfelelő (tárgyi tudást, szakmai-tudományos ismereteket tartalmazó és nem előítéletes) tájékoztatást nyújtsanak. Annak ellenére, hogy a magyarországi terhesgondozási protokollnak több tájékoztató és ellenőrző funkciója van, és kedvező irányú elmozdulás látható, a szerhasználat kezelése, a szerhasználat következményeinek ismerete hiányos. A legújabb várandósgondozásról szóló jogszabály szerint tájékoztatást kell adni a szerhasználat várható hatásairól, a prevenció, segítő és tanácsadó, terápiás lehetőségeiről is [26/2014 (IV. 8.) EMMI rendelet 10 §]. Az egészségügyi személyzet általában nem kedveli a szerhasználó populációt, negatív érzéseket (frusztráció, neheztelés, tehetetlenség) váltanak ki belőlük, amely érzésket nincs módjuk professzionális formában feldolgozni és a szerhasználó személyekről általában negatív kép él bennük (pl. potenciálisan erőszakos, manipulatív, nem motivált) (Kaló–Rác 2011; Kaló és mtsai 2011; Terplan–Lui 2007; Boekel, Brouwers, Weeghel, Garretsen 2013). Az egészségügyi személyzet nem részesül megfelelő oktatásban, és nem kapnak háttéranyagokat a szerhasználati problémákról és azok kezelési módjairól, a kezelőhelyekről és az elérhető szakemberekről, továbbá nem jutnak segítséghez elakadásaiknak, frusztrációjuknak feldolgozására (esetmegbeszélés, szupervízió, mediálás) (Kaló és mtsai 2011).

Az illegális szereket intravénásan használó nők nagy része nem ismeri fel a terhesség jeleit, mert a szerhasználat, illetve az azzal járó életforma olyan testi változásokat okozott (jelentős testsúlycsökkenés, menstruáció elmaradása), amelyek elfedik a terhesség jellemző tüneteit (EMCDDA 2000). Jelentős részük csak a második trimeszterben jut el az ellátórendszerbe vagy a szülés komplikációinak következtében derül ki az anya szerhasználat. Ezenkívül a szociális, társas, etnikai jellemzőik és anyagi körülményeik miatt negatív tapasztalataik vannak a szociális-egészségügyi el-

látórendszerrel. Stigmatizációt, diszkriminációt élnek meg, amely a várandóssággal növekszik, sőt akár a saját (szerhasználói) csoport felől is megjeleNIK az elutasítás (Káló és mtsai 2011; EMCDDA 2000). Ugyanakkor az anyaság, a gyermekvállalás és a szülés mérőkövet jelenthet egy szerhasználó nő életében, a leszokásra, az életvitelén való változásra sarkallhatja, az orvosi-védőnői vizsgálatok révén az ellátórendszerbe kerülve lehetőséget kaphat más egészségügyi-szociális problémák orvoslására is. A probléma láthatatlansága, de jelentősége az egyén és a társadalom számára, illetve az ellátórendszer felkészületlensége és kezelésének komplexitása miatt érdemes az alaposabb vizsgálatra. Magyarországon utoljára 2010-ben készült feltáró jellegű vizsgálat a témában (Csorba, Pataki, Péterfi 2011; Káló és mtsai 2011).

Jelen tanulmány célja az anyaság és (elsősorban illegális) szerhasználat alapp problémáinak rövid bemutatása a nemzetközi és a hazai szakirodalom alapján. Az anyaság és szerhasználat sokrétű problémaköre az illegális szerhasználat, a várandósság és a női test társadalmi és pszichológiai összefüggéseiben, valamint a szociális reprezentációkban ragadható meg.

### Illegálisszer-használó nők

Az illegálisszer-használó személyek a szenvedélybetegség mellett gyakran szenvednek egyéb szociális és orvosi problémáktól, pl. hajléktalanság vagy mentális problémák, ami tovább mélyíti a stigmatizációt és a szociális marginalizációt, amit a szerhasználatuk miatt egyébként is tapasztalnak (Káló–Rácz 2010). A szerhasználat és a pénzkereseti módjaik illegális jellege miatt a büntetőjogi-rendészeti rendszerrel gyakran kerülnek kapcsolatba, gyakran börtönviselt emberek. Ezek a jellemzők tovább mélyítik a társadalmi különbségeket. A szerhasználat gender aspektusainak vizsgálata feltárta a női szerhasználat speciális jellemzőit a kiváltó okokra (pl. családi minta és bántalmazás), a szerhasználat jellegére (pl. legális szerek abúzus) és a társadalmi attitűdre vonatkozóan. A női szerhasználat és különösen a várandósság alatti szerhasználat társadalmilag és a szerhasználói populáción belül is a legelítéltebb (Hoyer 2004). Az injekciós használat és a prostitúció mint pénzkereseti forrás miatt magas a kockázata annak, hogy vér útján terjedő fertőzéseket (pl. Hepatitis és HIV) kapjanak el. A

szerhasználó nők körében magas a gyermekkori bántalmazások, a szexuális, érzelmi és fizikai abúzusok száma, amelyek mentálhigiénés problémákat okoznak, és társuló pszichiátriai kórképek is jellemzőek (EMCDDA 2000). A felsorolt tényezők az egészségügyi-szociális ellátórendszer számára is fokozottan terhelők, többreüt feladatot jelentenek egyidejűleg.

A feminista szakirodalom (vö: Banwell–Bammer 2006, Sheard–Tompkins 2008) „duplán deviánsnak” írja le szerhasználó nőket. Gyakran nem teljes jogú tagjai még a férfiak uralta droghasználói társadalomnak sem – áldozatként látják magukat és láttatják őket. A szerhasználó nők leggyakrabban szerhasználó férfakkal állnak párkapcsolatban (és gyakran a szüleik is szenvedélybeteg voltak). Alárendelt státuszukat bizonyítja például az, hogy ha az injekciós szerhasználat során a férfival közös tűt használnak, azt a párkapcsolat intimitásaként élik meg (Sheard–Tompkins 2008).

### Reproduktivitás és a női test

A fokozott figyelem, amely a várandós nőre és testére minden társadalomban természetes módon irányul – árnyalt megközelítés híján – könnyen átbillenhet túlzott megfigyelésbe, szabályozásba, ezáltal szorongást és frusztrációt keltve. A reproductivitas, a test, a társadalom és a szerhasználat kapcsolatáról Ettore (2004) kifejti, hogy a társadalom eleve úgy tekint a terhességre, mint pusztán testi feladatra, amely a reprodukció érdekében jön létre, és ezért jogot formál arra, hogy meghatározza a reprodukció szabályait. Például azt, hogy milyen test felel meg a reprodukcióra – és a droghasználó teste nem tartozik ebbe a csoportba. Ettore (2004) szerint a (nyugati) társadalom – a túlmoralizált, túlmedikalizált kontextusban – úgy tekint a kismamákra, mint „magzati konténerekre”, droghasználó nők esetében pedig mint „halálos magzati konténerekre”. A terhesség nem szorosan a kismamára tartozik, hanem egy objektív, kívülről figyelhető „státusszá” válik, ami tudományos tények, eszközök és módszerek által ellenőrzött. Gyakran a kismamák is úgy tekintenek magukra, mint akik (valamilyen) „állapotban” vannak, amiben „vigyázniuk kell magukra”. A testi élményekről úgy számolnak be, mintha a testük középpontja „megváltozna, kettéhasadna,

megkettőződne”. Egyszerre élik meg azt, hogy a testük a saját tulajdonuk meg nem is, főleg miután a magzat mozogni is kezd. Egy normál terhesség alatt is a személyek az időiség (múlt és jelen a test állapotváltozása miatt, jelen és jövő a magzat növekedése és megszületésének anticipációja miatt) plasztikusabb megéléséről számolnak be. (Ettore 2004). A várandóssághoz szorosan kapcsolódnak a magzati és gyermekjogok mint önálló entitást érintő kérdések, amelyek többnyire absztinencia-orientáltak. Jogi és morális kérdéseket vet fel tehát a szubsztitúciós kezelés lehetősége, amely a heroinfüggő várandós nőknek az európai államok többségében biztosított. A kutatások szerint a heroinfogyasztás hirtelen abbahagyása komolyabb magzati károkat vagy vetélést okozhat. A szubsztitúciós kezelés nem csak a függőség kontrollálásában és az adagok csökkentésében segít, de az illegalitás kiiktatásával lehetőséget nyújt az anyának, hogy rendezze szociális életkörülményeit, és visszakerüljön az egészségügyi-szociális ellátórendszer látóterébe (Fischer és mtsai 2006).

A testiesültség (embodiment) a szerhasználat élménybeszámolóiban határozottan megjelenik (Rác–Kaló 2009). Az injekciós droghasználóknál a testiesültséget a használat módjában (az injekció mint eszköz, ami a testbe hatol és kapcsolatot teremt a saját test és a – gyakran megismerésesített – szer között) és az élményben (pl. a heroinhasználók úgy írták le, mintha a testük folyadékszerűvé válna, elveszítenék a testhatárait, egybeolvadnának a környezetükkel) találjuk meg (Rác–Kaló 2009). Ebben a kontextusban a várandós szerhasználói test (különösen az injekciós szerhasználóé) egy olyan többszörösen értelmezendő és vizsgálendő felületet reprezentál, amely egy olyan személy számára, aki eleve bizalmatlan az ellátórendszerrel, veszélyforrást jelent.

Amikor a nem szerhasználó terhes nő is kapcsolatba kerül az ellátórendszerrel, leggyakrabban az orvostudományi megközelítéssel találkozik – ez gyakran elidegenítő a számára. A (nyugati) orvostudomány gyógyító szakmaként tekint önmagára, ezért a terhességet is úgy kezeli, mint egy, a normálistól eltérő állapotot, amit „gyógyítani kell” a meglévő módszerekkel, eszközökkel. Az orvos és a „beteg” közötti – hierarchikus – viszony jellege, a használt orvosi eszközök és az a tény, hogy a nőorvosok többsége férfi (a testi empátia hiányával) azt

eredményezi, hogy a terhes elveszíti a kontrollt és az autonómiát, amikor terhesként az egészségügyi ellátórendszerbe kerül (Young 1984). Az ellátórendszer saját magát védi, mivel szeretné elkerülni a szolgáltatás túlterhelődését, és csökkenteni az orvostudomány által feltárt, bizonyított és bejósolható komplikációs lehetőségeket. Magyarországon a védőnők mint női segítők szerepe, jelentősége, kiegyenlítő fontosságú lehet, ők az anyaságra és szülésre felkészítés élettani vonatkozásai mellett a pszichésekre is fókuszálnak (Asbóth 2014).

A droghasználók az orvosok (házi orvosok és szakorvosok) előítéleteivel is találkozhatnak – kutatások szerint a legkevésbé szívesen ellátott populáció a droghasználóké (Paksi 2003; Demetrovics és mtsai 2010; Boekel és mtsai 2013). Várandós szerhasználók esetén további problémákat okoz az egészségügyi-szociális ellátórendszer morális ítélete, amely a legális és illegális szerhasználatot egyaránt érinti. Habár a legális szerhasználat több társadalmilag elfogadott és bejártott intervencióssal lehetőséggel rendelkezik (leszokást támogató programok, mérséklés elősegítése a napi gyakorlatban), a deprivált élethelyzetű, alacsony iskolázottságú társadalmi csoportok elérésére és életmódjának befolyásolására kevés hatékony eszköz, módszer és emberi erőforrás áll rendelkezésre.

A morális ítéletek mögött legtöbbször nem azonosítható tárgyi tudás, holott az utóbbi évtizedekben több vizsgálat is készült a szerhasználat rövid- és hosszútávú következményeiről. Például az USA-ban végzett Maternal Lifestyle Study (Anyai Életstílus Vizsgálat) egy longitudinális kohorszvizsgálat, amelybe 1993 és 1995 között toboroztak gyermekeket 4 különböző helyszínen, egészségügyi központokban (n=8527). Az anyák kokain és/vagy ópiáthasználók voltak. A vizsgálatok során a gyermekek mentális, kognitív és motoros képességeit és viselkedési jellemzőit vizsgálták (kérdőívekkel, interjúkkal; az anyai szerhasználatot vizeletmintán ellenőrizték). A kokain és/vagy ópiáthasználatnak antepartum-kitett gyermekeknél általában alacsonyabb, de nem szignifikáns eredményeket kaptak a képességekre vonatkozóan (Messinger és mtsai 2004).

A többségi társadalom szemében a szerhasználó nők elbuktak az összes hagyományos női szerepben: mint nők, anyák és feleségek (Malloch 1999 idézi Sheard–Tompkins 2008). A várandósság vagy kisgyermekes esetén pedig további, a morális

felelősséget, a személyes ágenciát és az autonómiát érintő kérdések, kételyek és előítéletek merülnek fel. Ebben az rendszerben – komplex, a tényezők mindegyikének figyelembevételét megvalósító holisztikus szemlélet híján – három szereplő kerül interakcióba: 1) a szerhasználó anya 2) a magatehetetlen magzat vagy veszélyeztetett kisgyermek és 3) a társadalom. A szereplők önmagukban és egymással kölcsönhatásba kerülve különböző értékeket képviselnek, különböző típusú interakciók lépnek fel köztük.

1. A szerhasználó anya önmagában egy nő, akinek élettörténetét különböző traumák jellemzik (abúzus, erőszak, szenvedélybetegségek a családban stb.), jelenleg hátrányos szociális körülmények között, bántalmazó kapcsolatban él, alacsony iskolázottságú.
2. A magzat önmagában nem létezik, csak a szerhasználó anya relációjában, aki a kockázatos viselkedésével kárt okozhat a magzatnak. A stressz, a nem megfelelő táplálkozás, a fertőzésveszély mellett a különböző szerek intrauterin károsodásokat okozhatnak. Az alkohol a legveszélyesebb teratogén, amely a magzati alkoholszindrómát okozhatja (FAS foetal alcohol syndrome), valamint komoly morfológiai abnormalitásokat, komplex és végleges károkat a motoros és kognitív funkciókban. A nikotin használata jelentős arányban koraszülést idézhet elő és kissúlyú, illetve extrém kissúlyú születést, és a figyelemhiányos zavarok kialakulásában is lehet szerepe. Az amfetaminok a magzati növekedésre vannak károsító hatással: az amfetaminhasználatnak kitett magzatok gyakran 7-es alatti apgar pontszámot érnek el. Az ópoid származékok komoly elvonási tüneteket okoznak az újszülötteknél (Neonatal Abstinence Syndrome, NAS). A kisgyermek megfelelő ellátása környezeti, külső faktoroktól függ: az anyai/szülői stressz, szorongás, párkapcsolati problémák, szociális izoláció, pénzügyi problémák, nem megfelelő táplálkozás, környezeti ártalmak mellett az öröklött rendellenességek, pszichiátriai zavarok és kötődési problémák okozhatnak károkat.
3. A terhesség, az anyaság szociális reprezentációi. A társadalom, amit a hétköznapi emberek mellett közvetlenül az orvosok, védőnők, szociális munkások, közvetetten a döntéshozók, szakértők képviselnek, hatással vannak az anyára és kisgyermekre.

## Az anyaság szociális reprezentációja

Történetileg a női identitás és a nők társadalmi szerepei az anyaság gyakorlata és szimbolizmusa köré lettek építve (Gillespie 2000: 213). A múltbeli és jelenlegi vallási, tudományos vagy politikai diskurzusokat is áthatják az anyaság szociális reprezentációi.

„A nő mint Madonna, illetve mint szajha reprezentációi nem csupán a vizuális kultúra részét képezték, hanem viselkedési modellekként szolgáltak a nők számára. A kulturális kontextus, amelyben ezek a reprezentációk születtek, és amelyek számára e reprezentációk üzeneteket hordoztak, az anyát normatív módon ábrázolta a kötelességtudó, otthonteremtő, vallásos személy képében, míg a nőiség ezzel teljesen ellentétes pólusán megjelenített nőt csábítónak, deviánsnak és veszélyesnek mutatta be.” (Kende 2002)

A demografikus változások eredményeképpen a nyugati társadalmakban megváltozott az anyaság élménye és kontextusa. Az anyaság posztmodernizációja (Gillespie 2000) azt jelenti, hogy a női munkavállalás és a reprodukciós technikai lehetőségek bővülése az anyaságot egy választható opcióvá tette, nem a nőiség/nőiség alapvető tulajdonsága többé. Ezzel együtt az anyaság jelentése megváltozik, fogalmi határai elmosódnak, ami bizonytalanságot és szélsőségeséget eredményez (Gillespie 2000).

Ugyanakkor az utóbbi 50 évben megalkották a „jó anya” szociális reprezentációját, amelynek – a feminista szemlélet „intenzív anyaság” (Hays 1996) fogalma szerint – a lényege az, hogy az anya minden szeretetét, idejét, türelmét és fizikai energiáját a gyermekre fordítja, a gyermek nemcsak a családi élet középpontja, de ő maga a gyermeknevelés irányítója (Hays 1996). A „jó anya” vagy más néven az „intenzív anyaság” szociális reprezentációja azon az elképzelésen alapszik, hogy egy megfelelő korú (vagyis: nem túl fiatal), fehérbőrű, középosztálybeli nő neveli egészséges gyermekét (Lupton 2000). Az anyaság ezen szociális reprezentációi olyannyira hegemónikusak és pervazívak, hogy a nők magukévá teszik, és tökéletesen próbálnak megfelelni ennek, miközben a kutatások szerint a saját élményük alapján a (jó) anyaság frusztrálóbbról, fárasztóbbról, izolálttá, depresszióssá tesz, összességében sokkal nehezebb, mint számítottak rá (Lupton 2000). A nyugati társadalmak, így a magyar társadalom is – eltérő módon,

korlátozottan, de próbálnak ehhez segítséget nyújtani szolgáltatásokkal (bölcsőde, óvoda, családi napközi szolgálat) és támogatásokkal (gyes, gyed).

A szerhasználó anyák nem illenek bele ebbe a hegemónikus elképzelésbe (ahogyan semmilyen „mássággal” rendelkező – az egyedülálló, a leszabik, kisebbségi vagy mozgássérült – anyák sem), de talán a munkába visszatérő anyák sem, hiszen akkor már nem tudják az összes idejüket a gyermekre áldozni (Banwell–Bammer 2006). Az anyaság, az anyai élmények teljességgel pozitív élményként való ábrázolása problémássá válik, amikor ez az idealizált konstrukció és az anyák valós tapasztalatai találkoznak. A feminista perspektíva vizsgálatai az anyaság szociális konstrukcióiban az ambivalenciát is megnevezik (vö: Hollway– Featherstone 1997; Oberman–Josselson 1996; Sevón 2005; Shelton–Johnson 2006; Weaver–Ussher 1997 idézi: Schreur 2009). A nők anyaság-reprezentációival foglalkozó vizsgálatokban a feminista perspektíva új lehetőségeket nyitott a konceptualizációra: az ambivalencia vizsgálatára. Ez megjelenik a felsőbb osztálybeli karrier és/vagy család kérdéskörben is, már a várandósságtól kezdve. Habár a fő diskurzust az anyaságról továbbra is az ideologizált és normatív elképzelések uralják, és ezekről nem lehet teljesen megszabadulni, az anyáknak lehetőségük van rá, hogy megkérdőjelezzék, ellenálljanak vagy elfogadják a domináns narratívát (Schreur 2009).

### Szerhasználat és anyaság/szülőség

A megoldásokat, szakmai protollokat, vizsgálatok eredményeit összefoglaló tanulmányok nagyrészt egyetértenek abban, hogy az elérhető adatok alapján a nyugati társadalmakban valamilyen fokú szerhasználat várható a terhesség alatt. Több faktor van, amely predisponál a szerhasználatra, vagy amelyből a szerhasználat ered, ezek közül a legtöbb a szegénységhez köthető, vagy olyan életkörülményhez, amely hátránnyal jár a gyermek, a szülők és a közösségek számára. Ugyanakkor, ha a szerhasználatot időben felfedezik, és multidiszciplináris közegben kezelik, akkor az intervenciók hatásai valószínűleg túlmutatnak az anyán vagy az apán. A kezdeteknél van esély arra, hogy enyhítsük az egyenlőtlenségeket, és lehetővé tegyük a gyermek normális kötődésének fejlődését (Crome 2010). A vizsgálatok nagy része kiemeli azt, hogy

1. a szerhasználat együtt jelenik meg a mortali-

tással és morbiditással, továbbá szociális egyenlőtlenségekkel

2. a szerhasználó szülők nem feltétlenül rossz szülők
3. léteznek hatékony intervenciók a szerhasználat majdnem minden formájára
4. ennek a sokszor marginalizált csoportnak az ellátási forrásait is növelni kell, beleértve a szakemberek képzését
5. a szolgáltatások koordinációját multidiszciplináris és több szolgáltatót bevonó keretrendszerben kell végezni
6. a gyermekvédelmi és szülői támogatás közötti feszültség növelése helyett minden erővel azon kell lenni, hogyan lehet hatékony intervenciókat alkalmazni a családokban úgy, hogy az egyenlőtlenségek csökkenjenek, és a normális kötődés maximalizálódjon (Crome 2010).

Megállapítást nyert számos tanulmány alapján, hogy az egészséges anya-csecsemő interakció elengedhetetlen a csecsemő optimális fejlődése érdekében. Ez a kapcsolat súlyosan sérülhet, ha egy anya drogokat használ a terhesség alatt és utána. Bonnie (2004) szakirodalmi összefoglalója szerint az absztinencia fontos tényező a sikeres anya-csecsemő interakciót segítő intervenciókban, valamint az oktatás és a tanácsadási folyamat növeli az anya önbecsülését és önálló hatékonyságát. Schuler és munkatársai (1995) az újszülött ingerlékenysége és a társas támogatás közötti összefüggéseket vizsgálták, bejósolvá az anya-újszülött interakciót, 20 szerhasználó és 20 szermentes, alacsony gazdasági státuszú anya viselkedését elemezve. A Brazelton-skála használatával megállapították, hogy a szerhasználatnak kitett újszülöttek nem tartoztak az ingerlékenyebbek közé. Az újszülött észlelt ingerlékenysége és a pozitív anyai viselkedés attól függően változott, hogy milyen volt a droghasználat funkciója. A szermentes csoportban az észlelt újszülött-ingerlékenység összefüggésbe hozható volt a pozitív anyai viselkedés alacsony fokával. A szerhasználói csoportban az észlelt újszülött-ingerlékenység nem volt összefüggésbe hozható az anyai viselkedéssel. Ezek az eredmények kiemelik, hogy szükséges az újszülött, a gondozó és a környezeti faktorok együttes elemzése ahhoz, hogy a drogok közvetlen hatását kimutathassuk az anyagyermek interakcióban.

Brownstein-Evans (2001) 20 szerhasználó anyával végzett kvalitatív interjú vizsgálatot különböző ellátórendszeri szinteken (ártalomcsökkentő szolgáltatásban, fenntartó-kezelésen, reha-

bilitációs központban), hogy feltárja az anyaság-értelmezéseiket. Minden nő arról számolt be, hogy törődik a gyermekével, és „jó anya” szeretne lenni. Az anyaságot a normatív elképzelésekhez képest konstruálják meg. Különböző ideálokat, szerepmo- delleket állítanak fel, amihez önmagukat, a saját képességeiket, a gyermekük jellemzőit hasonlítják.

Banwell–Bammer (2006) összehasonlí- tó kvalitatív vizsgálatot végeztek heroinhasználó (n=22) és különböző szocioökonómiai státuszú anyákkal (9 alacsony jövedelmű, 18 társas izoláci- óban élő és 21 közepes vagy magas jövedelmű) és nem több, mint 5 éves gyermekekkel Ausztráliá- ban. A vizsgálat interjúkon és résztvevői megfigye- léses adatgyűjtésen alapult. Elemzéseik és eredmé- nyeik alapján megállapítják, hogy a szerhasználó anyák ugyanolyan passzív áldozatai a szegénységnek, mint az alacsony jövedelmű anyák, és a gyermekek számára a szegénység kizáró ok a beilleszkedésben. A droghasználó anyáknak nem voltak gazdasági vagy társas tőkéi ahhoz, hogy különböző lehetősé- geket nyújtsanak a gyermekeiknek. Marginalizáltak maradtak egy férfi uralta szubkultúrában (Moore– Frazer 2006 idézi Banwell–Bammer 2006) és a he- gemonikus anyaság-reprezentációkban. Nem reális elvárások alapján ítélték meg őket, amely ahhoz vezetett, hogy ők is elkezdtek hibáztatni magukat és egymást. Amikor figyelmet kaptak valamilyen külső személytől, azt nem önmagában, hanem intervenci- ózusnak, büntetőnek értékelték, amely erősítette a stigmatizált és diszkriminált élményüket. Az összes anya beszámolójában találtak kisebb-nagyobb önel- lentmondást az elvárások, az „idővel való zsonglör- ködés” és a hatóságok elvárásai között.

## Konklúzió

A szerhasználat és anyaság témaköre egy komplex és érzékeny terület, amelyet multidiszciplináris keretben érdemes és kell kezelni. A gyakorlatban látható, hogy a célcsoport szociális (szociodemográfiai) jellemzői már eleve kockázati csoporttá teszik őket, és a szer- használat gyakran a kockázat jele, nem pedig a koc- kázat okozója. Az anyaság a nők életében egy fontos időszak, a szerhasználó nők életében pedig egy fordulópont lehet. Ahhoz, hogy valóban fordulóponttá vál- jon, többfajta megközelítéssel kell a szociális-egészség- ügyi ellátórendszernek élnie (szűrés, pszichoszociális intervenciók, farmakológiai kezelések stb.), amelyhez

az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2014-ben adta ki ajánlását (lásd Melléklet). Az injekciós szer- használó nőknek komplex – általános és speciális – egészségügyi szolgáltatásokra van szüksége.

Az eredmények alapján az általános elvek a következők: az ellátórendszerben fontos a nem elítélő, támogató attitűd, az anya problémáinak egészséges kezelése, és az ópiáthelyettesítő terápiák létrehozása. A megelőzés érdekében érdemes a tá- jákoztatásba (mint prevenció eszközbe) fektetni, a tájékoztatási anyagokat szakemberek bevonásával kidolgozni (tartalmi és formai szempontból is): csak akkor lehet hiteles, megbízható információkat nyúj- tani, ha a tartalmat megfelelő szakemberek hozzák létre (politikai vagy vallási megfontolások nélkül), és csak akkor jut el megfelelő hatékonysággal az infor- máció, ha a kivitelezés megfelel a felhasználó elvárá- sainak, befogadókészségének és pl. megfelelő „ellen- pólusa” az alkoholgyártók reklámprojektjeinek.

Az ellátórendszer szintjén szükséges fenn- tartani a már létező alacsony és magas küszöbű programokat, ez a két ellátási forma a legsikere- sebben együtt működik, különös tekintettel a csak női programokra. A centralizált modellek bizonyí- tott hatékonysága alapján érdemes megfontolni egy multidiszciplináris központ kialakítását, lehe- tőleg a szerhasználók által már ismert egészségügyi ellátó helyszínén, továbbá fontos lenne a női prog- ramok fejlesztése, a korai jelzőrendszer alapjainak letétele (pl. háziorvosok szintjén), amely program sikeressége a szerhasználók destigmatizációjával kezdődik (Kaló–Rác 2011).

## Köszönetnyilvánítás

Köszönöm a Józan Babák Klubban megismert anyák- nak és az ott dolgozó szakembereknek a nyitottságot, és lektoraimnak: Bíróné Asbóth Katalinnak és Dr. Komlói Piroskának a motiváló javítási javaslatokat.

## Melléklet

**Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) aján- lásai a legális vagy illegális szerhasználó váran- dós nők felismerésére és kezelésére** (Guidelines for the identification and management of subst- ance use and substance use disorders in pregnan- cy, 2014) xii-xiii

	Ajánlás	Az ajánlás erőssége	Bizonyítékok minősége
Szűrés és rövid intervenció a terhesség alatti kockázatos és ártalmas szerhasználat esetén			
1.	Az egészségügyi ellátórendszer képviselői kérdezzék meg a terhes nőt az alkohol és egyéb szerhasználati (múlt- és jelenbeli) szokásairól a terhesség minél korábbi szakaszában és minden találkozás alkalmával.	erős	alacsony
2.	Az egészségügyi ellátórendszer képviselői ajánljanak fel rövid intervenciók lehetőségeit minden alkohol- vagy egyéb szert használó terhes nőnek.	erős	alacsony
Pszichoszociális intervenciók a szerhasználati zavarok <sup>1</sup> kezelésére terhesség alatt			
3.	Az egészségügyi ellátórendszer képviselői terhesség alatt vagy posztpartum ideje alatt a szerhasználati zavarral rendelkező nők fel kellene hogy ajánljanak egyéni ellátási lehetőségeket <sup>2</sup> és komplex kezelést. <sup>3</sup>	feltételes	nagyon alacsony
Detoxifikálás és a szerhasználat felfüggesztése terhesség alatt			
4.	Az egészségügyi ellátórendszer képviselői a lehető legkorábban javasolják az alkoholfüggő vagy más szert használó terhes nőknek, hogy függessze fel a szerhasználatát, és ajánljon fel orvosi ellenőrzés melletti detoxifikációs szolgáltatásokat, ahol lehetséges, és a magzat veszélyeztetése nélkül alkalmazható.	erős	nagyon alacsony
5.	Az opioidfüggő terhes nőknek az opioidfenntartó kezelést javasolják, mint a detoxifikációt.	erős	nagyon alacsony
6.	A benzodiazepin-függő terhes nők számára fokozatos dóziscsökkentés javasolt hosszú hatású benzodiazepinekkel.	erős	nagyon alacsony
7.	Az alkoholmegvonás utáni elvonási tünetekkel rendelkező terhes nők kezelésére a hosszú hatású benzodiazepinek rövid távú alkalmazása ajánlott.	erős	nagyon alacsony
8.	A stimulánsok megvonása utáni elvonási tünetekkel rendelkező terhes nők kezelésére pszichofarmakológiai gyógyszerelés (nem rutinszerű alkalmazása) javasolt a pszichiátriai rendellenességek kezelésére.	erős	nagyon alacsony
Farmakológiai kezelés (fenntartás és relapszus-prevenció) terhesség alatt			
9.	Nem javasolt a rutinszerű farmakoterápia az amfetamin-típusú stimulánsok, a kannabisz, a kokainhasználat esetén.	feltételes	nagyon alacsony
10.	Mivel a biztonságos és hatásos gyógyszerelési kezelési terv még nem bizonyított terhesség alatti alkoholfüggés esetén, ezért minden nő kezelésénél külön kockázatelemzést szükséges végezni.	feltételes	nagyon alacsony
11.	Az opioidfüggő terhes nőknek az opioidfenntartó kezelés (methadon vagy buprenorfin) folytatása javasolt.	erős	nagyon alacsony
Szoptatás anyai alkohol- vagy szerfüggőség alatt			
12.	A) A szerhasználati zavarokkal élő anyákat biztatni kell a szoptatásra, hacsak a kockázatok egyértelműen nem nagyobbak, mint az előnyök. B) Az alkohol- vagy szerhasználó szoptató nőknek a szerek abbahagyását szükséges javasolni, és támogatni őket; habár a szoptatás és a szerhasználat nem mindig zárja ki egymást.	feltételes	alacsony
13.	A bőrkontaktus fontos a táplálási választástól függetlenül, és szükséges aktívan javasolni a szerhasználó anyának, aki képes az újszülött igényeire reagálni.	erős	alacsony
14.	Azon anyákat, akik stabilak az opioidfenntartó kezelésben (methadon vagy buprenorfin) szükséges biztatni a szoptatásra, hacsak a kockázatok egyértelműen nem nagyobbak, mint az előnyök.	erős	alacsony
Az alkohol- és szerhasználatnak kitett újszülöttek kezelése			
15.	A szülészeti ellátást végző egészségügyi ellátórendszernek szükséges, hogy legyen protokollja az opioidnak kitett újszülöttek azonosítására, vizsgálatára, intervenciójára, nem farmakológiai és farmakológiai módszerekkel való kezelésére.	erős	nagyon alacsony
16.	Az opioidot elsődleges kezelésként kell használni a neonatális elvonási tünetek kezelésére, ha szükséges.	erős	nagyon alacsony
17.	Ha egy újszülöttnak neonatális elvonási tünetei vannak szedatívumok vagy alkohol vagy egyéb ismeretlen szerek miatt, akkor a fenobarbitál a leginkább javasolt kezelési opció.	feltételes	nagyon alacsony
18.	Minden újszülöttet, aki alkoholhasználati zavarokkal rendelkező anyától született, szükséges megvizsgálni a magzati alkoholszindróma tüneteire.	feltételes	nagyon alacsony

## Irodalom

- 26/2014 (IV. 8.) EMMI rendelet <http://www.mave.hu/uploads/file/varandosgondozas.pdf>
- Banwell, C.–Bammer, G. (2006): Maternal habits: Narratives of mothering, social position and drug use. *International Journal of Drug Policy*, 17, 504–513. p.
- Beke, A., Harmath, Á., Rigó, J., Molnár, G., Nobilis, A. (1997): Drogfogyasztó anyja újszülöttjének ellátása. *Gyermekgyógyászat*, 48, 640–649. o.
- Boekel L. C. van, Brouwers, E. P.M. Weeghel, J. van, Garretsen, H. F. L. (2013): Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1–2), 23–35. p.
- Bonati M., R. Bortolus, F. Marchetti, M. Romero, and G. Tognoni (1990): Drug use in pregnancy: an overview of epidemiological (drug utilization) studies. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 38, 325–328. p.
- Bromley, D. B. (1986): *The Case Study Method in Psychology and Related Disciplines*. Chichester: John Wiley.
- Brownstein-Evans, C. (2002): Negotiating the Meaning of Motherhood Women in Addiction and Recovery. *Journal of the Association for Research on Mothering*, 3(1), 161–171. p.
- Chavkin W. (1990). Drug addiction and pregnancy: policy crossroads. *American Journal of Public Health*, 80(4), 483–487. p.
- Csorba, J., Pataki, Z., Péterfi, A. (2011): Terhesség és droghasználat – budapesti problémás szerhasználó nők kvantitatív vizsgálata (2009). In Kaló, Zs., Oberth, J. szerk.: *Gyermekvállalás és droghasználat* (74–82). Budapest: MEJOK Alapítvány, Józán Babák Klub.
- Demetrovics, Zs., Paksi, B., Kun, B., Rózsa, S., Arnold, P. (2010): *Survey on the attitudes of general practitioners regarding treatment of drug using patients*. Dubrovnik: ESSD Conference.
- Messinger, D. S., Bauer, C. R., Das, A., Seifer, R., Lester, B. M., Lagasse, L. L., Wright, L. L., Shankaran, S., Bada, H. S., Smeriglio, V. L., Langer, J. C., Beeghly, M., Poole W. K. (2004): The Maternal Lifestyle Study: Cognitive, Motor, and Behavioral Outcomes of Cocaine-Exposed and Opiate-Exposed Infants Through Three Years of Age. *Pediatrics*, 113(6) 1677–1685. p.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2000). *Problems facing women drug users and their children*. Lisbon: EMCDDA.
- Ettorre, E. (2004): Revisioning women and drug use: Gender sensitivity, embodiment and reducing harm, *International Journal of Drug Policy*, 15, 327–335. p.
- Fassinger, R. E. (2005): Paradigms, praxis, problems, and promise: Grounded theory in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 156–166. p.
- Fischer, G., Ortner, R., Rohrmeister, K., Jagsch, R., Baewert, A., Langer, M. and Aschauer, H. (2006), Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: a double-blind, double-dummy comparison study. *Addiction*, 101: 275–281. p. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01321.x
- Gillespie, R. (2000) The Post-Modernisation of Motherhood, In Sherr, L., St Lawrence, J.S. (Eds.), *Women, Health and the Mind* (213–228. p.). Chichester: John Wiley and Sons.
- Gyarmathy, V. A., Giraudon, I., Hedrich, D., Montanari, L., Guarita, B., Wiessing, L. (2009): Drug use and pregnancy – challenges for public health. *Eurosurveillance*, 14(9), 1–4.
- Hays, S. (1996). *The cultural contradictions of motherhood*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Hjerkin, B., Lindbæk, M., Rosvold, E. O. (2007): Substance abuse in pregnant women. Experiences from a special child welfare clinic in Norway. *BMC Public Health*, 7, 322.
- Hoyer M (2004). Gender és addikció. *Addiktológia*, 4, 3: 471–497. o.
- Kaló, Zs.–Rácz, J. (2010): *Budapesti droghasználó várandós nők kvalitatív vizsgálata*. Kutatási protokoll. Kézirat.
- Kaló, Zs., Mándi, B., Sógorka, I., Rácz, J. (2011): Budapesti droghasználó várandós nők ellátásának kvalitatív vizsgálata 2009-ben. In Kaló, Zs., Oberth, J. szerk.: *Gyermekvállalás és droghasználat* (53–74. o.). Budapest, MEJOK Alapítvány, Józán Babák Klub.
- Kaló Zsuzsa–Rácz József (2011): Nemzetközi tapasztalatok és modellek a gyermekvállalás és droghasználat témakörében. In
- Kaló, Zs., Oberth, J. szerk.: *Gyermekvállalás és droghasználat* (98–110. o.). Budapest, MEJOK Alapítvány, Józán Babák Klub.
- Kitzinger, C. (2004): Feminist approaches. In Seale, C., Gobo, G., Gubrium, F. J., Silverman, D. (Eds.), *Qualitative Research Practice* (125–141. p.). London: SAGE.
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH) (2011): *Gyermekvállalás és gyermeknevelés*. [Letöltve 2011. augusztus 15.] <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/gyemekvallasnevel.pdf>
- Lázár, L.–Lázár, Cs. É. (2009): Kábítószer-használó várandós nők szülészeti ellátása során alkalmazott kommunikációs technikák. In Rigó J., Oberth J., Sógorka I. szerk.: *Droghasználó terhes nők és gyermekeik ellátása* (60–70. o.). Budapest, MEJOK.

Lupton, D. (2000): 'A love/hate relationship': The ideals and experiences of first-time mothers. *Journal of Sociology*, 36 (1) 50–63. p.

Márványkövi, F., Melles, K., Légmán, A., Rácz, J. (2008): A kezelésbe jutás akadályai roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használok körében Budapest. *Addiktológia*, 3–4: 205–233. o.

Nemzeti Drog Fókuszpont (2011): 2010-es éves jelentés az EMCDDA számára. Magyarország: Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. Budapest: Reitox. [Letöltve 2011. március 12.] [http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/nr\\_10\\_hu.pdf](http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/nr_10_hu.pdf)

Schuler, M. E., Black, M. M. Starr, R. H. (1995): Determinants of mother-infant interaction: Effects of prenatal drug exposure, social support, and infant temperament. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(4), 397–405. p.

Neményi M. (1998): *Cigány anyák az egészségügyben*. Budapest, Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal.

Paksi, B. (2003): *Drogok és felnőttek. A tizenhét év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón Magyarországon*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest, L'Harmattan Kiadó.

Rácz, J. (2006): *Kvalitatív drogkutatások*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.

Rácz, J.–Kaló, Zs. (2009): Metaforák és pszichoaktív anyaghasználat. *Korunk*, 20(7), 14–22. o.

Rigó, J. (2009): A drogfogyasztó várandós nők terhesgondozása. In Rigó J., Oberth J., Sógorka I. szerk.: *Droghasználok várandós nők és gyermekeik ellátása*. MEJOK, Budapest, 9–20. o.

Crome, I. (2010): Substance Problems: Bridging the Gap between Infant and Adult. In Tyano, S., Keren, M., Herrman, H., Cox, J. & Crome, I. (Eds), *Parenthood and Mental Health: A Bridge between Infant and Adult Psychiatry* (pp. 251–266). World Psychiatric Association. Wiley-Blackwell.

Schreur, F. K. (2009): Experiencing motherhood: The narratives of German single women. *QMIP Newsletter*, 8: 6–15. o.

Young, I. M. (1984): Pregnant embodiment, *Journal of Medicine and Philosophy*, 9(1), 45–62. p.

## Jegyzetek

- 1 Úgy mint: függőség, kockázatos, ártalmas pszichoaktív szer-használat (alkohol, kannabisz, amfetamin-típusú stimulánsok (ATS), kokain, benzodiazepinek stb.)
- 2 Megfelelő pszichoszociális és farmakológiai intervenciók.
- 3 Feltárva az egyéni szerhasználat mintázatát, a pszichiátriai komorbiditást, a családi környezeti és egyéb szociális problémákat.

