

Een retrospectief kwalitatief onderzoek naar ervaringen met middelengebruik tijdens de zwangerschap en hulpverlening bij moeders in herstel van verslaving aan illegale drugs

1. Inleiding

Er is internationaal en in Vlaanderen toenemende aandacht voor de mentale gezondheid van (aanstaande) zwangere vrouwen (Savory et al., 2021; Van Damme et al., 2020). Hierbij ligt een belangrijke focus op de identificatie van risicofactoren en de ontwikkeling van interventies om moeder- en kinduitkomsten te verbeteren. Eén van deze wezenlijke risicofactoren is middelengebruik tijdens de zwangerschap, dat zowel een risico vormt voor zwangere vrouwen als (ongeboren) kinderen (Finnegan, 2013; Forray, 2016; Marguet et al., 2020). Zo is middelengebruik tijdens de zwangerschap o.a. in verband gebracht met een verminderde nutritionele status, cardiovasculaire en obstetrische complicaties, ziekenhuis(her)opname postpartum en verhoogde mortaliteit bij vrouwen (Nidey et al., 2022; Reitan, 2018; Salemi et al., 2020; Sebastiani et al., 2018); anderzijds kunnen schadelijke substanties gemakkelijk de foetus bereiken via de placenta (Jones & Fielder, 2015), met verhoogde teratogene en ontwikkelingsrisico's, morbiditeit en mortaliteit tot gevolg (Gunn et al., 2016; Norgaard et al., 2015; Oei, 2020; Ross et al., 2015). Voor een omvattend overzicht van de beschikbare wetenschappelijke evidentie omtrent risico's van blootstelling aan verschillende soorten middelen tijdens de zwangerschap verwijzen we naar de bijdrage in dit tijdschriftnummer van Abdulhakim en collega's (2022). Middelenafhankelijkheid tijdens de zwangerschap is bovendien geassocieerd met een verstoorde binding tussen moeder en de (ongeboren) baby, en blijkt de voorbereiding op de verzorgende rol bij aanstaande moeders onder druk te kunnen zetten (Hyssalo et al., 2021; Meulewaeter et al., 2019; Parolin & Simonelli, 2016). Daarnaast is middelengebruik bij (aanstaande) moeders geassocieerd met inconsistente, suboptimale zorg en omgevingsstressoren tijdens het postpartum, met een verhoogd risico op uithuisplaatsing van pasgeborenen tot gevolg (Falletta et al., 2018; Jessup et al., 2019; Manaboriboon et al., 2020; Reitan, 2019).

Samen met de toenemende wetenschappelijke kennis over de nadelige impact van middelengebruik tijdens de zwangerschap en de hoge maatschappelijke kost ervan (Beckwith & Burke, 2014; Clemans-Cope et al., 2019; McLaurin & Geraghty, 2013; Popova et al., 2016), neemt ook de wetenschappelijke kennis omtrent effectieve medische interventies voor zwangere vrouwen met problematisch middelengebruik en het (ongeboren) kind toe (Andersen et al., 2020; Babor, 2021; Kameg, 2021; Krans et al., 2021). Uit onderzoek blijkt echter dat zwangere vrouwen met een verslavingsproblematiek een moeilijk te bereiken groep vormen voor het praktijk- en onderzoeksveld. Bijgevolg komen zij vaak pas laat of niet in aanraking met hulpverlening en is aangetoond dat zij strategieën hanteren om detectie door zorgmedewerkers te vermijden (Stone, 2015).

1.1 Doel van de studie

In het kader van optimale zorg en ondersteuning aan deze populatie, is het essentieel om de zwangerschapsperiode beter te begrijpen vanuit het perspectief van moeders zelf. Dit onderzoek heeft tot doel retrospectief de ervaringen met middelengebruik en hulpverlening tijdens de zwangerschap te exploreren van moeders die tijdens de zwangerschap illegale drugs hebben gebruikt, en die momenteel in herstel van verslaving zijn.

2. Methodologie

De huidige studie is deel van een doctoraatsonderzoek aan de Universiteit Gent omtrent het opgroeien in een context van ouderlijk middelenmisbruik. In het kader van dit onderzoek werden semigestructureerde interviews afgenomen van 30 moeders in herstel van verslaving aan illegale drugs. Van deze 30 moeders rapporteerden 23 moeders tijdens de zwangerschap illegale drugs te hebben gebruikt, waarover de huidige studie zal rapporteren.

2.1 Dataverzameling

Dataverzameling vond plaats tussen oktober 2018 en april 2019. Participanten werden gerekruteerd via vijf ambulante en drie residentiële drughulpverleningscentra in Vlaanderen. Mogelijke participanten werden door het behandelcentrum geïnformeerd over de opzet van het onderzoek, waarna zij zich vrijwillig konden opgeven voor deelname. De interviews werden afgenomen in een afgesloten gespreksruimte in het centrum waar de participant behandeld werd. Bij aanvang van het interview werden participanten nogmaals ingelicht over de opzet van het onderzoek en de vrijblijvende en vrijwillige aard van deelname. Interviews duurden gemiddeld 2u03 min. Alle interviews werden in het Nederlands afgenomen, op één interview na dat in het Engels werd afgenomen. Criteria voor inclusie aan deze studie betroffen 1) moeder van één of meerdere minderjarige kinderen; 2) in behandeling voor verslaving aan illegale drugs; en 3) gebruik van illegale drugs tijdens de zwangerschap. Moeders die enkel voor en/of na de zwangerschap illegale drugs hebben gebruikt, werden geëxcludeerd.

2.2 Participanten

De gemiddelde leeftijd van de participanten was 34 jaar (range: 25 tot 44 jaar). Alle participanten rapporteerden tijdens de zwangerschap illegale drugs te hebben gebruikt, variërend van eenmalig tot dagelijks gebruik (zelfrapportage). Het voornaamste gebruik tijdens de zwangerschap was cannabis (n=7), heroïne/methadon (n=7), amfetamine (n=5), en cocaïne (n=4) (zelfrapportage), af en toe gepaard met medicatie- of alcoholgebruik. De meeste participanten hadden 1 of 2 kinderen (range 1 tot 5 kinderen), met een gemiddelde leeftijd van 8 jaar (range 3 maand – 24 jaar). Bij het merendeel van de participanten was sprake van een uithuisplaatsing van één of meerdere kinderen.

2.3 Interviews en data-analyse

Als instrument voor dataverzameling werd een semigestructureerd interview gehanteerd. Dit interview bevatte vragen omtrent de levensgeschiedenis, het middelengebruik, de zwangerschap en het ouderschap, hulp en ondersteuning, en het herstelproces. Er werd geen strikte volgorde gehanteerd en het interview bood de nodige flexibiliteit. Tijdens de interviews werd gebruik gemaakt van een visuele tijdlijnmethodiek om het interview te helpen structureren en om participanten mee sturing te geven over het interview (Kolar et al., 2015, Monico et al., 2020). Participanten gebruikten deze visuele tijdlijn o.a. om de geboorte van de kinderen te markeren. Alle interviews werden letterlijk getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd aan de hand van thematische analyse en het 6-stappenmodel van Braun & Clarke (2006). Tijdens dit analyseproces werden de data en thema's meermaals onder de betrokken auteurs besproken, tot gezamenlijke consensus over de thema's bereikt werd.

2.4 Ethische aspecten

Voorafgaand aan dit onderzoek werd ethische goedkeuring verleend door het Ethisch Comité van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen (Universiteit Gent). Voor het interview verleenden alle respondenten mondelinge en schriftelijke toestemming om deel te nemen aan het onderzoek. Participanten waren eveneens in de mogelijkheid om zich op elk moment terug te trekken uit het onderzoek, zonder dat dit enige negatieve gevolgen zou hebben voor hen of hun verdere behandelingstraject. Bij het rapporteren van de resultaten zijn namen van participanten en mogelijks herkenbare informatie (namen van personen, steden, etc.) gepseudonimiseerd om de privacy van de participanten te respecteren.

3. Resultaten

De thematische analyse leidde tot de identificatie van vier hoofdthema's: 1) aanloop naar zwangerschap en de ruimere leefsituatie; 2) cyclus van gebruik, stoppen en hervat; 3) schaamte, stigma en vooroordelen als drempel tot zorg; en 4) nood aan informatie over hulpverleningsaanbod en moeder-kindopname.

3.1 Aanloop naar zwangerschap en de ruimere leefsituatie

3.1.1 Instabiele levensomstandigheden

Wanneer moeders over de periode voorafgaand aan de zwangerschap rapporteerden, schemerde de leefsituatie door waarin ze zich bevonden als (aanstaande) zwangere vrouw. Deze leefsituatie was o.a. gekenmerkt door huisvestings-, relationele, financiële, juridische, en/of sociale problemen, waardoor verschillende moeders zich er ten tijde van de zwangerschap alleen voelden voor staan. Zes moeders rapporteerden verblijfsepisoden in vlucht- of opvangtehuizen tijdens de zwangerschapsperiode.

In Antwerpen, daar hebt ge zo een opvangtehuis, daar zijn we dan direct mogen binnengaan, maar da's maar voor drie weken... en dan heb ik daar een test gedaan, toen wist ik pas dat ik zwanger was van Liam [zoon]. En dan hebben we – want ik moest dringend een huis vinden, want een kind kunt ge niet op straat opvoeden – dan heb ik dat huiske daar gevonden. (Chantal, 42 jaar)

Het zoeken of vinden van huisvesting tijdens de zwangerschap bleek voor veel moeders echter geen evidentie, omdat ze bijvoorbeeld door langdurig druggebruik in financiële moeilijkheden waren beland. Naast huisvestingsproblemen bleken uit interviews partnergeweld, ruzies en conflicten (bv. met familieleden of vrienden n.a.v. het druggebruik) veelvoorkomend tijdens de zwangerschapsperiode. De partnerrelatie was vaak een bron van stress en instabiliteit.

Mijn dochter, dat was... een ongelukske... met ne super gewelddadige kerel... die had... mijn dochter uit mijnen buik proberen te sjotten. (...) Ik was 6 maand zwanger. (...) Ik weet daar heel weinig nog van. Ik ben in het ziekenhuis beland, en ik ben daar gebleven tot mijn dochter geboren is. (...) Het is vroeger geboren, mijn baarmoeder was ook gescheurd, het was nog een twijfelgeval of ze nog wel levend ging zijn. (...) Maar ze was supergezond. Ze woog wel maar 1kg700, maar ze was gezond, dat was het belangrijkste... Ik ben dan nadien ook vrij snel terug beginnen gebruiken, ik mocht haar dan ook niet direct meenemen, ik had ook geen huis... (Kirsten, 44 jaar)

Bij verschillende moeders was het de eigen partner die hen voor het eerst in aanraking bracht met illegale drugs. Betrokkenheid van (ex-)partners in het drugmilieu bleek tijdens en na de zwangerschap eveneens een risico voor hervat bij veel moeders.

(...) En dan hebben we dat gedaan, eerst ene keer, en dan nog keer, en nog keer, en dan zit ge daarin en... ge komt er niet meer uit eigenlijk, totdat ik tot het besef kom van, ge raakt dan uw woning kwijt, ge raakt uw familie kwijt, uw kinderen, en uiteindelijk komt ge op straat. (Angelique, 48 jaar)

Geïsoleerd zijn omwille van het druggebruik werd frequent gerapporteerd, waarbij banden met familie of hulpverlening leden onder 'de verslaving'. Vaak konden moeders daardoor enkel terugvallen op een negatief of 'gebruikersnetwerk', waarbij sommige moeders aangaven in een crimineel milieu te zijn beland. Sommige moeders hadden een partner in de gevangenis of zaten zelf een gevangenisstraf uit voor, tijdens of na de zwangerschap. Bianca rapporteerde over hoe ze vanuit de gevangenis naar het ziekenhuis werd overgebracht om te bevallen:

Als ik dan van de gevangenis naar dat ziekenhuis moest, komt er daar 'k weet niet hoeveel politie bij... je komt dan toe in de spoedgevallen, iedereen ziet dat, dat was gewoon een hel. (...) Vastgeketend bevallen... met voetboeien en met handboeien, dat was gewoon... dat was een ramp... dat was echt een ramp. (...) Dat heeft mij serieus... dat was er volledig over. (...) En die cipiers hadden echt geen respect. (...) Ze zetten hun koffie waar de tweeling ging op liggen, da 'k ik zei, 'alez, doet eens die koffie weg, die baby's liggen daarop', en daarvoor heb ik dan een maatregel gekregen. (...) Elk jaar met hun verjaardag, dan komt dat naar boven hé. Ik kan eigenlijk nooit genieten van mijn kindjes hun verjaardag, dat is echt wel traumatisch geweest voor mij. Ook als je dan buiten komt uit de gevangenis met 2 maxi-cosi's, en je hebt eigenlijk niets meer... ja, wat moet je dan doen? (Bianca, 33 jaar)

3.1.2 Ongeplande zwangerschap

Twaalf respondenten rapporteerden een ongeplande zwangerschap. Ondanks een zwangerschap niet steeds voorzien was, bleek het kind meestal wel gewenst te zijn. Wel bleek een ongeplande zwangerschap een uitgestelde zwangerschapsonderkenning met zich mee te brengen, waardoor moeders rapporteerden vaak middelen te zijn blijven gebruiken tot enkele weken tot maanden ver in de zwangerschap.

Van Shari was ik 3 maand zwanger, tegen dat ik pas wist dat ik zwanger was. Dus de eerste 3 maand heb ik dan wel gebruikt, maar ik wist niet dat ik zwanger was. Maar voor de rest, ik heb dat direct gestopt ook. (Hadewijch, 37 jaar)

Ketamine maakt uw lichaam kapot he... Ik heb zuurstoftekort gehad in mijn bloed. Ik was een schim van mezelf. Ik was heel mager, niet de persoon dat hier nu voor u zit. Dan ben ik zwanger geraakt, heel onverwachts ook, want ik gebruikte nog. (Marlies, 28 jaar)

Volgens enkele moeders (n=4) kwam de zwangerschap voort vanuit ongeplande of ongewenste seksuele contacten, bijvoorbeeld op het moment dat zij onder invloed waren van middelen.

Mijne zoon is er gekomen doordat die kameraad misbruik heeft gemaakt van het feit dat ik een [epilepsie]aanval heb gehad. (...) Ik heb dat altijd gehad, na een aanval, zeker een zware aanval, dan vergeet ik mijn medicatie soms, dan vergeet ik mijn pil. En ja, zo is dat dan gebeurd dat ik zwanger ben geworden van mijn zoontje. (Iris, 30 jaar)

Verscheidende respondenten gaven aan dat de conceptie tot stand gekomen was binnen een relatie gekenmerkt door fysiek of emotioneel misbruik. Hadewijch vertelde hoe haar tweede kind in eerste instantie eigenlijk ongewenst was.

Shari was een accidentje, en ik wou Shari niet. Als zij nog in mijn buik zat, neen, ik moest echt geen hebben, en ik heb kasten versleurd (...), gewoon om een misval te kunnen krijgen. Dat is erg om dat nu aan te horen van mezelf [weent], maar Shari was er, en kijk, dat kind, ik zie alle twee mijn kinders doodgraag. (...) Ik had nooit gedacht dat ik mijn kinders zo graag kon zien. Ze zijn alle twee... mijn alles gewoon. (...) Ook al... ben ik een druggebruiker, ik vind dat ik het allemaal goed gedaan heb. En ik heb geen spijt van de dingen. Ik heb een verkeerde keuze gemaakt ja, met mijn partner. De keuze van partner dan. En daardoor zit ik hier nu ook. (Hadewijch, 37 jaar)

Uit de interviews bleek dat verschillende moeders (n=7) doorheen hun leven een abortus overwogen hebben kort na de zwangerschapsonderkenning, bijvoorbeeld omdat ze zich zorgen maakten over de levensomstandigheden waarin het kind zou grootgebracht worden. Enkele moeders verklaarden, ondanks abortus overwogen te hebben, toch te hebben beslist om het kind te houden.

Tijdens mijn zwangerschap van Otis wou ik Otis eerst niet. Omdat ik zoiets had van (...), dat gaat nooit goedkomen. Maar dan met de echo te zien van Otis, ja, was ik verkocht he. Ik kon da manneke niet laten weghalen. En ik heb er dan, toen, hoe naïef ook, in geloofd dat dat wel zou lukken, ondanks het gebruik, maar dat lukt niet he. Dat lukt totaal niet. Hoe hard ge ook probeert, dat lukt niet... (Kirsten, 44 jaar)

Een aantal participanten verklaarden toch tot abortus te zijn overgegaan. In sommige gevallen bleek een abortus de vrouw haar eigen keuze te zijn, in andere gevallen rapporteerden vrouwen onder druk gezet te zijn geweest om tot abortus over te gaan, bijvoorbeeld door hun partner of ouders.

Ik had dan geweest [naar de abortuskliniek], maar ik had eigenlijk niet geweest. Ik had gezegd dat het weg was. Ik had eigenlijk gelogen. Omdat ik eigenlijk tegen abortus ben. Hij is dat te weten gekomen. De 1^{ste} mei moest ik een nieuwe afspraak maken, en het was een feestdag. De bussen en treinen stakten, hij is dan per taxi mee geweest. Dus hij heeft 250 euro betaald om naar Oostende te gaan om die abortus te laten doorgaan. En toen een zelfmoordpoging gedaan. Een paar dagen erachter. (...) Omdat ik het niet meer aankon. (...) Mijn mama heeft mij dan gevonden. (Melissa, 34 jaar)

Miley, de Engelstalige participant, benadrukte het belang van de sensitieve ondersteuning die ze gekregen had van een professional uit de ambulante verslavingszorg in het nemen van een beslissing omtrent abortus.

When I got to be pregnant, everybody here was saying to me 'abortion, cause it can be this kid, it can be that...'. I hated it. She [professional] never said it. She said: 'it's your decision. If you decide to keep it, I will be there to help you in the way that I can'. And she did. Abortion can be also cruel. Or caretakers, they don't even realize it I think. They never experienced the life of addicts. Of being alone. So for them, it's very easy to say 'the kid is gonna be crazy, it's gonna be this, abort it'. But it is my kid... What if yours, it's crazy? I know people that never took drugs or alcohol, and their kids have mental issues, and a lot of people who took drugs, and their kids are healthy. Why would you say this to me, how dare you? It's sensitive. (...) 'Do this, this, this'... It's easy to say, when everything is figured for you, but when you have to begin from the scratch, on your own with a kid... (Miley, 36 jaar)

3.2 Cyclus van gebruik, stoppen en hervat

3.2.1 Zwangerschapsonderkenning: veranderend gebruikspatroon en schadebeperking

Bij het merendeel van de moeders leidde de zwangerschapsonderkenning tot een veranderend gebruikspatroon, waarbij moeders aangaven in eerste instantie te proberen stoppen of minderen met het gebruik van middelen. Uit de interviews bleek dat sommige moeders erin geslaagd zijn om vanaf het moment dat ze wisten dat ze zwanger waren, het gebruik te stoppen. Ondanks bij vele moeders de motivatie om te stoppen aanwezig was, bleek het voor de meeste moeders echter niet evident om dit van de ene op de andere dag waar te maken. Het merendeel van de moeders kende dan ook één of meerdere hervallen tijdens de zwangerschap, of wisselde cleane periodes af met periodes van gebruik.

Als ik 3 maand zwanger was heb ik eigenlijk tot mijn 5,5 maand niet meer gebruikt, maar dan ben ik terug hervallen. (Chloë, 31 jaar)

Ik dacht, 'ik ben zwanger, ik ga dat niet doen', maar die verslaving was zwaarder dan ik had gedacht. (Iris, 30 jaar)

Daarnaast bleek het ook af en toe voor te komen dat moeders probeerden over te schakelen op één middel in plaats van meerdere middelen, of op wat zij dachten dat het minst schadelijke middel zou zijn.

In oktober ben ik het te weten gekomen. Ik was toen 8 à 9 weken. Ik ben wel direct gestopt met harddrugs, maar cannabis, dat was wat moeilijker. (Marlies, 28 jaar)

Verschillende moeders verklaarden, ondanks een periode gestopt geweest te zijn, hoe eenmalig hervat tijdens de zwangerschap er soms toe leidde dat een intensiever gebruikspatroon zich opnieuw installeerde. Océane beschreef wat in haar omgving toen ze een hervat had gekend tijdens haar huidige zwangerschap.

Ik verveelde mij... en ik... ja, 'k weet niet. Alles zat tegen en, ja... Maar ik had schrik om te gebruiken, ik was aan't twijfelen, en toch heb ik het gedaan... en dan, de volgende dag, had ik zoiets van 'waarom heb ik dat gedaan?', 'ik heb daar niks aan'. Dan ben ik eigenlijk gaan beseffen wat dat eigenlijk doet. Dat doet niks eigenlijk, ge wordt er alleen maar zeker van... En da's... heel veel geld da ge weggooit eigenlijk. Maar ik was aan't twijfelen wat dat ik moest doen... (Océane, 29 jaar)

Moeders verklaarden hierbij de nadelige impact van het middelenmisbruik zich wel te realiseren, maar dat op dat moment 'de verslaving' toespeelt en de drang naar middelen, wat op langere termijn leidde tot minimalisering van het gebruik en de ernst ervan.

Ne keer of 3-4 eenmalig tot wanneer, ja... (...) Die schrik zat er wel, maar ge duwt dat weg he... ge wilt niet in een depressie geraken voordat ge bevallen zijt he, dat is... 't Is dat dat ik bedoel met die verslaving he... minimaliseren om toch voort te kunnen. (Brigitte, 31 jaar)

In het begin is het [gebruik] leuk, het geeft jou een euforisch gevoel, maar na een tijd is dat niet meer zo. Ge gebruikt om gewoon normaal te zijn. En zonder koorts te hebben, zonder diarree te hebben, zonder... ja... (...) Mentaal ook. Vooral mentaal. Ik vind erger psychisch dan lichamelijk, want dat gaat over. Maar het psychische blijft maanden duren. (...) De angsten of gewoon, u niet goed in uw vel voelen, ook al hebt ge geen lichamelijke klachten, gewoon ja... ge mist iets. En da iets is... heroïne... (Océane, 29 jaar)

Doorheen de data-analyse kwam naar voor dat respondenten mogelijke schade bij het kind omwille van gebruik wouden beperken, maar dat zij hier vaak onvoldoende of niet eenduidig geïnformeerd rond waren.

Ze hebben mij dat wel gezegd, dat mijn kind achterstand kon hebben. Want Tine [hulpverlener] zei ook, op het ogenblik dat ik in verwachting was, 'eigenlijk moet jij stoppen met gebruiken'. Toen zei ik, 'ja Tine, ik heb al het tegenovergestelde gehoord'. Als ge in verwachting zijt, dat het echt niet goed is, als ge ne zware gebruiker zijt, om subiet van de ene op de andere dag te stoppen, want daardoor kan uw kind juist iets oplopen'. En ze zei, 'dat is niet waar', dus ja, ik heb veel tegenstrijdige verhalen gehoord. En ik heb dat ook niet gedaan, subiet gestopt. Ik ben gewoon blijven gebruiken. (Marie, 29 jaar)

Enkele moeders gaven aan dat ze bewust middelen zijn blijven gebruiken om de schade voor het kind zoveel mogelijk te beperken. Zo vertelde Valerie dat ze dagelijks cannabis is blijven gebruiken doorheen de zwangerschap.

Alle dagen... minder veel, maar ik ben toch blijven gebruiken uit schrik dat er toch iets zou gebeuren... (...) Ik wist van mijn eigen, 'ik mag niet stoppen', want ze hadden gezegd van, 'als ge drugs gebruikt en ge stopt daarmee tijdens de zwangerschap, is dat nog erger voor uw kind, en gaat het nog erger afkicken en kan het dood geboren worden'. Dus ben ik maar blijven gebruiken tot de laatste dagen, maar ik heb dat nooit niet verteld of zo, en ze hebben dat ook nooit gezien op 't scherm, die was gezond, die was op zijn gewicht en zo... en na drie dagen waren wij thuis met de kleine. (Valerie, 40 jaar)

Hoewel het voor alle respondenten moeilijk bleek om middelengebruik tijdens de zwangerschap bespreekbaar te maken met dokters of begeleiding omwille van schaamte en schrik dat het kind zou worden uithuisgeplaatst na de geboorte, gaven enkele participanten wel aan dat ze hun huisarts hierrond in vertrouwen konden nemen, die hen dan advies gaf.

Ja, cannabis [tijdens zwangerschap]. Ik heb wel proberen stoppen, maar dan heb ik een bloeding gehad, en dan vond mijnen dokter beter om niet te stoppen, omdat het te fel was. (...) En, dan ben ik niet gestopt. Maar ze had ook geen afkickverschijnselen, dus... (Julie, 29 jaar)

Ook indien er sprake was van medisch-sociale opvolging en begeleiding tijdens de zwangerschap, hadden moeders vaak een diepgewortelde schrik om het kind kwijt te geraken na de geboorte.

Ik denk dat ik Cynthia [drughulpverlener] daarmee gek gemaakt heb. Die zei 'maar ze kunnen die kleine niet van u afpakken'. Maar ik zei dan, 'ik zit nog onder de methadon'. 'Ja maar, da's geen druggebruik, da's net om u er vanaf te helpen'. En dat wou ik efkes niet... bij mij was dat: 'ze kennen mijn verleden, ze gaan die wel van mij afpakken', maar uiteindelijk niet. (...) Ik zat maar met dat beeld van 'die gaan die afpakken'. (Chantal, 42 jaar)

Vier respondenten brachten doorheen de interviews naar boven één of meerdere miskramen te hebben gekend. Ook vroeggeboortes en aangeboren afwijkingen en ontwikkelingsstoornissen bij de baby werden gerapporteerd.

Bij de geboorte moesten ze [tweeling] direct in de couveuse, ze waren te vroeg geboren, op 6maand. (...) Ik had altijd harde buiken toen ik zwanger was, en ik voelde dat er iets mis was, en dan zijn we naar 't ziekenhuis gegaan, dan moest ik daar blijven en mocht ik niet uit mijn bed komen, omdat ze ingedaald waren, en... één week of twee weken daarna, dan is plotseling die bevalling begonnen. Toen ik 26 weken ver was hadden ze mij een pikuur gegeven voor zijn longrijping, steroïden of zoiets. Ze hebben dat dan pas gegeven omdat de kindjes pas levensvatbaar zijn vanaf 26 weken. En die pikuur kan de bevalling in gang zetten. Na die pikuur ben ik dan bevallen. (...) Nee, ik heb ze niet mogen vastnemen. Direct weg... da was wel hard, ja. En eentje had dan een klaplong, dus die had zo een heel witte lijn, echt poppekes. (Jessie, 31 jaar)

Het merendeel van de moeders gaf aan dat het pasgeboren kind afkickverschijnselen had.

Ze lag dan 3 maand in het ziekenhuis, en ge zag daaraan dat ze... afkickverschijnselen had.

Interviewer: Wat deed dat met u als moeder?

Pijn. Omdat ge zelf weet hoe het is om... ja... om afkick... ma ik denk niet dat ze besepte wat dat was en... ma ja, da's ook niet eerlijk, da's zo vervelend. Ma sommige moeders denken zo, ma sommigen niet.

Sommige denken aan zichzelf. Dan gaan ze efkes op methadon omdat dat... en dan, ja... gaan ze terug hervallen en laten ze het kind in de steek eigenlijk. (Océane, 29 jaar)

Soms moesten pasgeborenen op neonatologie verblijven, waar ze pijnmedicatie toegediend kregen en gescheiden werden van de moeder. Moeders ervoeren dit als een ingrijpende gebeurtenis, waarbij bleek dat ze zich soms geïsoleerd en gestigmatiseerd voelden.

Er was een pediater en die zei direct van: '[zoon] heeft geen echte afkickverschijnselen, dus daar moet geen morfine gegeven worden'. (...) En die andere pediater komt terug en die begint direct morfine te geven. Stempel: drugverslaafde. Waarom ook? De papa is betrapt geweest met drugs te gebruiken in het ziekenhuis. Ik heb slaag gehad in het ziekenhuis van hem (...) en dat is mij allemaal verweten geweest. En dan hebben ze [zoon] daar vijf maanden gehouden en dan is dat via het Comité Bijzondere Jeugdzorg gegaan. En alles ging goed komen, uw kindje terug hebben... ja, juist niks. (Miriam, 44 jaar)

3.2.2 Herval in het postpartum veelvoorkomend

Hoewel de periode voorafgaand aan de bevalling vaak een meer langdurig 'cleane periode' was, bleek uit de narratieven dat een herval tijdens het postpartum, de eerste weken of maanden na de bevalling, zich frequent voordeed.

In de tijd dat ik zwanger was eigenlijk zelf, dan heb ik eigenlijk bijna niets gebruikt, maar vanaf het moment dat ik bevallen was, dat hij geboren was, is dat eigenlijk echt weer begonnen. (Iris, 30 jaar)

Enkele gerapporteerde redenen die hieraan ten grondslag lagen waren o.a. de invloed van een partner die gebruikte, het negatieve netwerk/milieu, een afwezige partner en er alleen voor staan na de bevalling, pijnbestrijding, craving, ontspanning, mentaal welbevinden, geestelijke gezondheid (vergeten van negatieve gebeurtenissen en trauma in de kindertijd), verveling en eenzaamheid, vermageren, en wakker blijven om te kunnen gaan werken om financieel rond te komen als enige kostwinner.

Eigenlijk na de zwangerschap. Ja, het is geen excuus hé. Ik was geknipt geweest en ik was genaaid en dat was zeer pijnlijk, dus heb ik eigenlijk heroïne genomen als pijnstiller. En ik had ook eigenlijk een beetje last van postnatale depressie toen, dus... dat is gemakkelijker om naartoe te grijpen. (Veerle, 45 jaar)

3.3 Schaamte, stigma en vooroordelen als drempel tot zorg

Een derde belangrijk thema dat naar boven kwam tijdens de thematische analyse relateerde aan hoe gepercipieerde vooroordelen rond vrouw of moeder zijn en middelengebruik zich manifesteerden, o.a. in schaamte. Zo kon stigmatiserend taalgebruik en een gebrek aan kennis rond verslaving ervoor zorgen dat moeders zich behandeld voelden als 'de eeuwige gebruiker', ook als moeders zich naar eigen zeggen op goede weg bevonden richting herstel.

Da stigma van 'een gebruikende moeder is geen goeie moeder of is nen junkie of...', of, 'die zou geen kinderen mogen hebben', of... (Ingrid, 37 jaar).

En dan worden wij nog ne keer uitgenodigd door het Comité [toenmalig Comité Bijzondere Jeugdzorg], en die zeggen dan doodserieus, 'ah ge gaat naar 't MSOC... dan zijde gij ne verslaafde?'. (...) Terwijl dat dat eigenlijk... allez, die mensen zouden toch moeten weten dat ge hier voor nazorg óók kunt komen. Ik vind zelfs, als hulpverlening da ge zo'n uitspraken... Da ge dat in uwe privé doet, daar trekte gij uw plan mee. Maar da zegt ge niét tegen ne cliënt. Da zegt ge niét tegen ne mens. (Ann, 33 jaar)

Vervolgens bleek uit de interviews hoe dit gepercipieerde stigma ook de zorgtoegankelijkheid en -effectiviteit negatief beïnvloedde tijdens de zwangerschap. Schaamtegevoelens en angst overschaduwden interacties met hulpverleners en medisch zorgverstrekkers. Verschillende respondenten verklaarden schrik te hebben dat, indien hun middelengebruik aan het licht zou komen, ze bekeken zouden worden als 'slechte moeder', of het kind bij de geboorte van hen zou worden afgenomen. Deze angst bleek barrières te creëren richting medische of verslavingszorg en zorgde voor wantrouwen en leugenachtigheid over de aard en intensiteit van het middelengebruik in interacties met zorgverlening.

Ik schaamde mezelf tegenover de gynaecoloog he. Bang dat hij stappen zou zetten. En ik was ook bang dat hij iets zou hebben van, 'wat is dat voor een moeder, die is zwanger en die gebruikt'. (Ingrid, 37 jaar)

Verschillende moeders gaven aan nooit open geweest te zijn tegenover de arts of gynaecoloog omtrent het druggebruik tijdens de zwangerschap, maar dat ze op eigen houtje probeerden te stoppen. Dit ging echter vaak gepaard met herval. Toch bleek uit de interviews dat enkele moeders open en eerlijk over hun druggebruik gerapporteerd hebben. Dit gebeurde bijna steeds door toedoen van een contact met een vertrouwde huisdokter of hulpverlener als 'scharnier' tussen de aanstaande moeder en de adequate dienstverlening. Wanneer huisartsen of hulpverleners een goed zicht hadden op het dienstverleningsaanbod, konden ze vaak vrouwen vroegtijdig doorverwijzen naar de gepaste verslavingsgerichte of medische zorg. Wanneer dokters hier sensitief en begripvol op reageerden, bleek dit voor moeders ook een erg betekenisvol moment voor hun verdere zorgtraject.

Ik ben eerst naar mijnen dokter gegaan, die heeft mij dan aangeraden hier in begeleiding te komen. En dan ben ik hier [ambulante drughulp] gestart. En tot de dag van vandaag doe ik dat nog. (Julie, 29 jaar)

Toen ik zwanger was ben ik daar wel direct hulp voor gaan zoeken, mijn dokter heeft me in contact gebracht met De Parel, dat is een samenwerking van instanties 'n 't Gasthuisberg in Leuven. Gynaecologen, vroedvrouwen, ... die werken ook samen met 't Veerhuis in Leuven. Ik ben dan wekelijks naar 't Veerhuis gegaan. Ik ging ook om de twee weken babbelen met iemand van De Parel uit. Over mijn gebruik gewoon, in 't algemeen, en wat er verder moest gebeuren. We hebben dan samen een gesprek gehad met die verschillende instanties, zoals Kind en Gezin, het CKG, de Parel, het VK was daar ook bij, het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling. Nu, dat is een vieze naam, maar... ja, dat is maar ne naam. (Marlies, 28 jaar)

Ook wanneer moeders een methadononderhoudsbehandeling volgden, waren schaamte en angst voor verlies van het kind na de geboorte drempels om de gynaecoloog in te lichten omtrent het (voorgeschreven) medicatiegebruik en het in behandeling zijn voor een verslavingsproblematiek.

Ook omdat, bij mijn ander, ja, hier [wijst geboorte van vierde kind aan op tijdlijn] heb ik het nooit niet gezegd dat ik gebruikt had en probeerde ik me zo normaal mogelijk te houden als ik naar het ziekenhuis ging. Maar uiteindelijk, ze zien het toch, ze zien het gewoon in het bloed. En ook aan de kleine, hoe die... ja, bij [zoon] was dat helemaal anders he, omdat ik daar mijn heroïne gebruikte. Maar... uiteindelijk zien ze dat toch aan de kinderen he, aan de baby'kes, hoe die reageren, hoe die zijn, ja... En dan heb ik gezegd van, en hier [drughulp] ook, hebben ze mij er ook door geholpen, ze zeggen 'Chantal, zeg het gewoon tegen de kinderarts, ge moet daar niet over liegen want...', en dan heb ik het gewoon gezegd... Wel met een klein bang hartje, maar... ik heb het gewoon eerlijk gezegd daar, dat ik nog op 10 milligram [methadon] stond. (Chantal, 42 jaar)

Ook Ninke verwijst naar het belang van open en eerlijk te kunnen zijn bij het zoeken van hulp voor (aanstaande) ouders.

Ge moet echt open en eerlijk durven zijn... want de meeste ouders hebben schrik he... (...) Maar daarom, da's eigenlijk een boodschap naar andere mama's die ik ook wil doorgeven: 'begint vanaf 't begin'. Alez, met eerlijkheid geraakt ge het verst, en schaamt u niet voor hulp want die instanties dienen daarvoor, die zijn daarvoor. (...) Daar begint het bij, want als ge open en eerlijk zijt, dan kunnen ze de beste hulp bieden. (...) Schaamt u niet, doet da gewoon... 'da's nie alleen voor uzelf best, maar ook voor het kind he. (Ninke, 38 jaar)

Hoewel enkele moeders rapporteerden dat ze eigenlijk de zwangerschap nodig hadden 'om eindelijk de stap naar behandeling te zetten', kwam doorheen de interviews ook het belang naar voor van al voorafgaand aan de zwangerschap hulp te zoeken.

Ik vind, als ge niet vóór uw zwangerschap de klik maakt, dat ge het tijdens uw zwangerschap moeilijker en moeilijker gaat... (...) Als vrouw heb ik nooit kinderen gewild. Ik heb me nooit gezien als een moeder. En ik wou zelfs geen kinderen, maar ik ben zwanger geworden... Ik voelde geen band, maar ik wist dat het

onveilig was, omdat ik wist wat verslaving is. En er zou een kind in mij zitten, en ik zou die niet... ik kan die ziek maken, snapt ge? Maar als een moeder zo niet denkt als ze zwanger is, dan... dan weet ik het niet. Als ze niet aan haar kind denkt, en aan zichzelf van, 'ik heb een craving, ik moet...', dan... ja, ge weet dat dat niet ok is. Iedereen weet dat. (...) Maar als jij zelf de verantwoordelijkheid niet neemt om een stap te zetten, ja... (Océane, 29 jaar)

3.4 Nood aan informatie over hulpverleningsaanbod en moeder-kindopname

Doorheen de interviews kwam de nood bij moeders naar voor om vroeger in hun traject geïnformeerd geweest te zijn over de mogelijkheden om zich te laten behandelen voor een verslavingsproblematiek, en in het bijzonder de mogelijkheden om als (aanstaande) ouder in behandeling te gaan, zonder schrik te moeten hebben voor het hoederecht over het (ongeboren) kind. Bij verschillende participanten kwam naar voor dat een moeder-kindopname drempelverlagend zou kunnen gewerkt hebben en vroegtijdiger in het traject.

Alez, ik, iemand die zó onder het druggebruik zit, ik versta niet hoe dat dat eigenlijk nooit tot bij mij gekomen is. (...) Ze zouden mij al veel meer kunnen geïnformeerd hebben over de mogelijkheden bijvoorbeeld waar je ook met uw kinderen terecht kunt. (...) Toch wat meer info over dat dat wel mogelijk is, zonder uw rechten als ouder te verliezen, en dat je in opname ook kunt gaan met uw kind. Want vanaf dat ik dat las, dat ik met mijn kind hier kon in opname komen, ben ik in actie geschoten. (Brigitte, 31 jaar)

Eigenlijk zouden er meer dingen moeten bestaan, waar ouders met hun baby kunnen verblijven en ondertussen aan zichzelf kunnen werken. (Shaquira, 37 jaar)

Als ge thuis zijt, en ge gebruikt, dan zijt ge u niet echt bewust van wat er allemaal bestaat. Dan zoek je ook die hulpverlening niet op omdat ge denkt, 'ik heb geen probleem', of 'ik zoek geen hulpverlening, want mijn kinderen...'. Ik denk dat dat ook veel ouders tegenhoudt om hulp te zoeken, de angst dat ze de kinderen misschien zouden verliezen. (Ingrid, 37 jaar)

Brigitte onderstreepte het belang van kennis en informatie te hebben over behandelopties als (aanstaande) ouder, wat er mogelijk is en wat er bestaat, bijvoorbeeld voor tijdens crisismomenten.

Het aanreiken van mogelijkheden voor opname... (...) Als ge thuis zit en zegt, 'fuck, dat kan hier niet meer', want je kan dat op dat moment beseffen, een afspraak maken, maar eer je op die afspraak gaat zijn, ambulant... Als het goed gaat weer, ambulant, alez, dat is raar om te zeggen, gade niet. Als het te slecht gaat, gade ook niet. Buiten, als ge als gebruikende moeder al iets in uw achterhoofd hebt van wat dat de mogelijkheden zijn, als het niet meer gaat, dan is de stap veel kleiner om ondanks de weerstand, hulp te gaan roepen en te zeggen van, 'nu gaat het niet meer'. Buiten als ge met zoveel vraagtekens zit van, 'wat gaat er met mijn kind gebeuren', 'wat gaat dat daar zijn', 'bij wie ga ik terecht komen', 'ga ik ze niet kwijt zijn', ... Alez, dan is de stap veel minder rap gezet he. Want dat heeft mij altijd tegengehouden he. (Brigitte, 31 jaar)

Uit verschillende interviews kwam naar voor hoe het eigen levensverhaal moeders ook hoop en kracht gaf naar de opvoeding van de eigen kinderen toe.

Ik heb vroeger heel hard ne stempel op mijn voorhoofd gehad, 'amai, wat is da voor een moeder'. (...) Ik heb ne naam gehad he... 'junkie', 'alcoholiste', 'wa zijde jij voor een moeder'... Ik heb ook woordenwisselingen gehad met vriendinnen, zelfs met mijn familieleden, dat die naar mij schreven: 'gij verdient het nie om een moeder te zijn', en 'schaam u', en 'ik hoop da uw kind nooit gaat worden gelijk u'. (...) Maar dees is wel ook iets da kik in de positieve manier me mijn kind kan meenemen, van, 'zie, dat heeft mama meegemaakt, dat heeft mama gedaan, ik hoop da ge deruit leert en da ge da zelf niet gaat doen'. (Ninke, 38 jaar)

Ik vind ook, heel belangrijk, dat ge aan uw kinderen kunt tonen dat ge door het dal kunt gaan, dat ge alles kunt laten aanslepen, en dat ge u kunt herpakken, en er terug bovenop kunt komen. (Ann, 33 jaar)

4. Discussie

Deze studie trachtte voor een beter begrip te zorgen van subjectieve ervaringen met betrekking tot de zwangerschapsperiode, middelengebruik en hulpverlening bij moeders in herstel van verslaving aan illegale drugs. De resultaten van dit onderzoek sluiten aan bij de reeds beschikbare wetenschappelijke evidentie rond het belang van vroegtijdige ondersteuning op verschillende levensdomeinen en een herstelondersteunende benadering ten opzichte van vrouwen met een verslavingsproblematiek en hun omgeving.

Eerst en vooral wijst dit onderzoek op belangrijke barrières om de identificatie en behandelbetrokkenheid van kwetsbare vrouwen met meervoudige problematieken (bv. middelenmisbruik, geestelijke gezondheid, sociale isolatie, financiële problemen, etc.) te vergroten en ondersteuning voor hen en het (ongeboren) kind mogelijk te maken. Zo komt uit dit onderzoek de negatieve impact van structureel en geïnternaliseerd stigma naar voor op hulpverleningstrajecten en herstelgerelateerde uitkomsten van zwangere vrouwen met een verslavingsproblematiek. Onderzoek wijst erop dat stigmatiserende attitudes ten opzichte van personen die middelen gebruiken frequent voorkomen bij algemene en niet-gespecialiseerde zorgmedewerkers (Lloyd, 2012), en dat deze stigma's vergroot kunnen worden wanneer de persoon die middelen gebruikt ook vrouw is, én zwanger of moeder is (Nichols, 2020). Interventies zouden stigmareducerend moeten zijn en rekening houden met de vaak aanwezige angst- en schaamtegevoelens om ondersteuning voor deze kwetsbare populatie mogelijk te maken. Bijgevolg is de ontwikkeling van schadebeperkende en herstelondersteunende interventies die rekening houden met het veelvoudig stigma zoals ervaren door vrouwen met een verslavingsproblematiek aanbevolen om ervaringen met de gezondheidszorg te verbeteren.

Daarnaast onderstreept dit onderzoek het belang van een relationele en niet-veroordelende benadering van (aanstaande) zwangere vrouwen die middelen gebruiken, bijvoorbeeld om bespreekbaarheid van middelengebruik tijdens de zwangerschap mogelijk te maken. Neutrale, empathische dokters en andere gezondheidszorgmedewerkers bleken goed gepositioneerd te zijn om vrouwen met een verslavingsproblematiek te informeren en te ondersteunen richting gepaste hulp, wat op zijn beurt positieve uitkomsten voor moeder en kind mogelijk kan maken. Goede samenwerking en open communicatie tussen gezondheidszorg en drughulpverlening en de ruimere geestelijke gezondheidszorg bleek hulpverleningstrajecten van vrouwen in dit onderzoek te faciliteren.

In lijn met Reitan (2019) toont dit onderzoek aan dat, ondanks sommige vrouwen erin slagen om tijdens de zwangerschap middelengebruik voor een bepaalde of langdurige tijd stop te zetten, herval of geestelijke gezondheidsproblemen tijdens de zwangerschap of postpartum veelvoorkomend waren. Toegenomen bewustwording hieromtrent en preventie- en interventieprogramma's gericht op de identificatie en ondersteuning van deze populatie is aanbeloven om de schadelijke gevolgen van prenataal middelengebruik voor vrouwen en (ongeboren) kinderen te reduceren. Niettegenstaande de toegenomen bewustwording omtrent de nadelige effecten van druggebruik tijdens de zwangerschap, wijzen internationale prevalentiecijfers immers op een stijging in het middelengebruik bij zwangere vrouwen, in het bijzonder in het zog van de COVID-19 pandemie en daaraan gerelateerde geestelijke gezondheidsproblemen (bv. door de impact van isolatie, quarantaine, en verhoogde ouderschapsgerelateerde zorglast) (Almeida et al., 2020; Brooks et al., 2020; Chu et al., 2021; Sadicario et al., 2021; Smith et al., 2021; Tavella et al., 2020; Thapa et al., 2020).

4.1 Beperkingen en vervolgonderzoek

Beperkingen van dit onderzoek hebben implicaties voor de veralgemeenbaarheid van de bevindingen. Een eerste limitatie houdt verband met de representativiteit van de sample. Participanten werden gerekruteerd via drughulpverleningscentra en hadden ten tijde van het interview reeds één of meerdere behandelingsperiodes achter de rug, waarbij zij retrospectief terugblikten op de zwangerschap. Dit kan een impact gehad hebben op de manier waarop ze over hun ervaringen rapporteerden. Ook betrof dit een sample van grotendeels blanke vrouwen uit de Vlaamse regio. Vervolgonderzoek is nodig om te weten of de perspectieven van deze vrouwen ook de perspectieven vertegenwoordigen van zwangere

vrouwen en moeders die in herstel van verslaving zijn zonder ooit formele behandel episodes te hebben gekend. Tot slot is vervolgonderzoek aangewezen dat perspectieven van het informele (bv. kind en partner) en formele netwerk (bv. (extra-)obstetrische zorgverstrekkers) van zwangere vrouwen met middelengebruik includeert.

4.2 Conclusie

Uit dit onderzoek komt het belang naar voor van vroegtijdige en niet-stigmatiserende ondersteuning aan zwangere vrouwen met een verslavingsproblematiek en het (ongeboren) kind. Dit onderzoek toont dat zwangere vrouwen met een verslavingsproblematiek met complexe uitdagingen geconfronteerd worden bij het zoeken van hulp en behandeling. Schaamte, angst en stigma kunnen barrières tot zorg creëren en kunnen leiden tot onvervulde ondersteuningsbehoeften. Verhoogde investering en uitbreiding van toegankelijke, laagdrempelige en geïntegreerde behandelprogramma's voor (aanstaande) zwangere vrouwen met een verslavingsproblematiek is nodig om toegang tot cruciale zorg en ondersteuning mogelijk te maken voor deze kwetsbare populatie.

Referenties

- Abdulhakim, M., Van Renterghem, L., van Kernebeek, M. W., Vanderbruggen, N., Santermans, L., Hompes, T., Matthys, F., & Crunelle, C. L. (2022). Ris'co's bij gebruik van illegale middelen tijdens de zwangerschap: een overzicht van 30 jaar literatuur. *Tijdschrift Verslaving & Herstel*.
- Andersen, J. M., Høiseth, G., & Nygaard, E. (2020). Prenatal exposure to methadone or buprenorphine and long-term outcomes: A meta-analysis. *Early Human Development*, 143, 104997. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.104997>
- Babor, T. F. (2021). Treatment systems for population management of substance use disorders: Requirements and priorities from a public health perspective. In: el-Guebaly N., Carrà G., Galanter M., Baldacchino A.M. (eds) Textbook of Addiction Treatment. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36391-8_39
- Beckwith, A. M., & Burke, S. A. (2014). Identification of early developmental deficits in infants with prenatal heroin, methadone, and other opioid exposure. *Clinical Pediatrics*, 54(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/0009922814549545>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*, 3, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Chu, K. A., Schwartz, C., Towner, E., Kasparian, N. A., & Callaghan, B. (2021). Parenting under pressure: A mixed-methods investigation of the impact of COVID-19 on family life. *Journal of Affective Disorders Reports*, 5. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100161>
- Clemans-Cope, L., Lynch, V., Howell, E., Hill, I., Holla, N., Morgan, J., Johnson, P., Cross-Barnet, C., & Thompson, J. A. (2019). Pregnant women with opioid use disorder and their infants in three state Medicaid programs in 2013–2016. *Drug and Alcohol Dependence*, 195, 156-163. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.005>
- Dawe, S., Harnett, P., Gullo, M. J., Eggins, E., & Barlow, J. (2021). Moderators and mediators of outcomes of parents with substance use problems: further evaluation of the Parents under Pressure programme. *Addiction*, 116(11), 3206-3218. <https://doi.org/10.1111/add.15579>
- Falletta, L., Hamilton, K., Fischbein, R., Aultman, J., Kinney, B., & Kenne, D. (2018). Perceptions of child protective services among pregnant or recently pregnant, opioid-using women in substance abuse treatment. *Child Abuse & Neglect*, 79, 125-135. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.026>
- Forray, A. (2016). Substance use during pregnancy. F1000Research, 5, F1000 Faculty Rev-887. <https://doi.org/10.12688/f1000research.7645.1>
- Gentile, S. (2017). Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience*, 342, 154-166. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.09.001>
- Gunn, J. K., Rosales, C. B., Center, K. E., et al. (2016). Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 6(4).

- Jessup, M. A., Oerther, S. E., Gance-Cleveland, B., Cleveland, L. M., Czubaruk, K. M., Byrne, M. W., D'Apolito, K., Adams, S. M., Braxter, B. J., & Martinez-Rogers, N. (2019). Pregnant and parenting women with a substance use disorder: Actions and policy for enduring therapeutic practice. *Nursing Outlook*, 67(2), 199-204. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.02.005>
- Kameg, B. N. (2021). Modernizing perinatal substance use management. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 22(2), 146-155. <https://doi.org/10.1177/1527154420981945>
- Kolar, K., Ahmad, F., Chan, L., & Erickson, P. G. (2015). Timeline mapping in qualitative interviews: a study of resilience with marginalized groups. *Int J Qualitative Methods*, 13-32. <https://doi.org/10.1177/160940691501400302>
- Krans, E. E., Kim, J. Y., Chen, Q., Rothenberger, S. D., James, A. E., Kelley, D., & Jarlenski, M. (2021). Outcomes associated with the use of medications for opioid use disorder during pregnancy. *Addiction*, 116(12), 3504-3514. <https://doi.org/10.1111/add.15582>
- Manaboriboon, B., In-iw, S., Sutcharipongsa, S., Sanpawitayakul, G., Kumpa, S., Somchit, C., & Chomchai, C. (2020). Methamphetamine abuse during pregnancy and the risk of foster care placement in Thailand. *Children and Youth Services Review*, 113. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104941>
- McLaurin, R., & Geraghty, S. (2013). Placenta praevia, placental abruption and amphetamine use in pregnancy: A case study. *Women and Birth*, 26(2), 138-142. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.11.002>
- Meulewaeter, F., De Pauw, S. W., & Vanderplasschen, W. (2019). Mothering, substance use disorders and intergenerational trauma transmission. *Frontiers in Psychiatry*.
- Monico, L. B., Ludwig, A., Lertch, E., & Mitchell, S. G. (2020). Using timeline methodology to visualize treatment trajectories of youth and young adults following inpatient opioid treatment. *Int J Qualitative Methods*. <https://doi.org/10.1177/1609406920970106>
- Nichols, T. R., Welborn, A., Gringle, M. R., & Lee, A. (2021). Social stigma and perinatal substance use services: Recognizing the power of the good mother ideal. *Contemporary Drug Problems*, 48(1), 19-37. <https://doi.org/10.1177/0091450920969200>
- Nidey, N., Marcotte, M. P., Kair, L., Greiner, A. L., Terplan, M., Tabb, K., & Wilder, C. (2022). Maternal Mortality Among Persons with Illicit Substance Use. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 226(1), Supplement, S386. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.11.646>
- Popova, S. S., Lange, S., Burd, L., & Rehm, J. (2016). Burden and social cost of fetal alcohol spectrum disorders. *Oxford Handbooks Online*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199935291.013.78>
- Reitan, T. (2019). Substance abuse during pregnancy: A 5-year follow-up of mothers and children. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 26(3), 219-228. <https://doi.org/10.1080/09687637.2018.1432568>
- Sadicario, J. S., Parlier-Ahmad, A. B., Brechbiel, J. K., Islam, L. Z., & Martin, C. E. (2021). Caring for women with substance use disorders through pregnancy and postpartum during the COVID-19 pandemic: Lessons learned from psychology trainees in an integrated OBGYN/substance use disorder outpatient treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 122, 108200. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108200>
- Salemi, J. L., Raza, S. A., Modak, S., Fields-Gilmore, J. R., Mejia de Grubb, M. C., & Zoorob, R. J. (2020). The association between use of opiates, cocaine, and amphetamines during pregnancy and maternal postpartum readmission in the United States: A retrospective analysis of the Nationwide Readmissions Database. *Drug and Alcohol Dependence*, 210. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107963>
- Savory, N. A., Hannigan, B., John, R. M., Sanders, J., & Garay, S. M. (2021). Prevalence and predictors of poor mental health among pregnant women in Wales using a cross-sectional survey. *Midwifery*, 103. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103103>
- Smith, C. L., Waters, S. F., Spellacy, D., Burduli, E., Brooks, O., Carty, C. L., Ranjo, S., McPherson, S., & Barbosa-Leiker, C. (2021). Substance use and mental health in pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1916815>
- Stone, R. (2015). Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. *Health & Justice*, 3, 2. <https://doi.org/10.1186/s40352-015-0015-5>
- Syvertsen, J. L., Toneff, H., Howard, H., Spadola, C., Madden, D., & Clapp, J. (2021). Conceptualizing stigma in contexts of pregnancy and opioid misuse: A qualitative study with women and healthcare providers in Ohio. *Drug and Alcohol Dependence*, 222. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108677>
- Thapa, S. B., Mainali, A., Schwank, S. E., & Acharya, G. (2020). Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 99(7), 817-818. <https://doi.org/10.1111/aogs.13894>
- Van Damme, R., Van Parys, A. S., Vogels, C., Roelens, K., & Lemmens, G. M. D. (2020). A mental health care protocol for the screening, detection and treatment of perinatal anxiety and depressive disorders in Flanders. *J Psychosom Res*, 128, 109865. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109865>