

“ADAPTAÇÃO À VIDA”: A GRAVIDEZ NA TOXICODPENDÊNCIA E O V.I.H./S.I.D.A.

Ana Sofia Ribeiro Lomelino Câmara

Dissertação orientada por Prof. Doutor Luís Delgado

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor Luís Delgado, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES, nº19673/2006, Publicado em Diário da República, 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao meu orientador, Prof. Doutor Luís Delgado, pela paciência, disponibilidade e crença no meu trabalho, bem como à minha “quase” orientadora no C.A.T. das Taipas, Dr.^a Sandra Pires, por ter sido incansável na ajuda e cooperação, sem as quais teria sido impossível concretizar o meu estudo.

Agradeço à Dr.^a Filomena Carvalhinho, por toda a empatia, contenção e compreensão, que foram fundamentais para a concretização deste trabalho. Agradeço ao meu pai, por me ter inspirado, através da sua forma humilde e inteligente de abordar todos os temas da vida, à minha mãe por me ter sempre mostrado a importância de me dedicar às coisas importantes da vida. Aos dois por me terem ensinado e encorajado a crescer, num ambiente onde as reinam as emoções, mediadas pela razão. À minha irmã, por ser minha irmã quando eu mais preciso e por todas as conversas da meia-noite, que se prolongaram pela madrugada. À Mariana por me ter feito o almoço sempre que eu não tive tempo. À Rita pelos cafés da hora de almoço, que foram essenciais à minha saúde mental. À Filipa pela ajuda e compreensão. E a todos os meus amigos, pois sem eles eu não seria metade do que sou.

Agradeço também ao Luís por todo o amor e apoio, por me ajudar a relativizar as minhas angústias e pela forma incansável como ouviu a minha apresentação infinitas vezes.

Resumo:

Este trabalho consiste numa abordagem teórica acerca dos temas: gravidez, toxicodependência, gravidez e toxicodependência e V.I.H./S.I.D.A.. Como complemento encontra-se um estudo de caso, no qual se aplicou uma entrevista clínica e a prova projectiva Rorschach. O objectivo é a compreensão da realidade interna de uma mulher grávida, toxicodependente e seropositiva, vendo os respectivos comportamentos como sintomas de uma vida que poderá ser recuperada.

Palavras-Chave: Gravidez – Toxicodependência – V.I.H. – S.I.D.A.

Abstract:

This manuscript extends to a theorization about several themes: Pregnancy, Drug-addiction, Pregnancy in drug-addicted women and H.I.V./A.I.D.S.. The case study was used to ornament this work, where the clinical interview and the Rorschach had a significant job. The goal of this work is the deeply understanding of the inside of a pregnant woman who is drug-addicted and H.I.V. positive and, simultaneously, feeling her behavior as a symptom of a life that can be saved.

Key-words: Pregnancy – Drug-addiction – H.I.V. – A.I.D.S.

Índice

1. Introdução.....	pág.1
2. Revisão de Literatura.....	pág.2-27
2.1. Gravidez.....	pág.2-6
2.2. Toxicodependência.....	pág.7-14
2.2.1. Uma Introdução Teórica.....	pág.7-8
2.2.2. Visão Psicodinâmica.....	pág.9-11
2.2.2. O Toxicodependente e a sua Família de Origem.....	pág.12-14
2.3. A Toxicodependência na Mulher.....	pág.15-22
2.3.1. A Evolução dos Comportamentos Aditivos na Mulher...	pág15-17
2.3.2. A Gravidez na Toxicodependência.....	pág.18-22
2.4. O V.I.H./S.I.D.A.....	pág.23-27
3. Metodologia Clínica.....	pág.28-29
3.1. O Estudo de Caso.....	pág.28
3.2. A Entrevista Clínica.....	pág.29
4. Metodologia Projectiva: Rorschach.....	pág.29-30
5. Estudo de Caso.....	pág.31-44
5.1. Eva.....	pág.31-34
5.2. Análise do Psicograma.....	pág.35-37
5.3. Análise Qualitativa.....	pág.38-44
6. Discussão dos Resultados.....	pág.45-46
7. Conclusões e Considerações Finais	pág.47-50

8. Anexos

Anexo 1 – Folhas de resposta do Rorschach

Anexo 2 – Psicograma

1. Introdução

O trabalho que se segue tem como objectivo primordial tentar compreender o mundo interno de uma mulher grávida, toxicodependente e seropositiva. Para tal, foi feita uma revisão teórica de todos os temas envolventes: gravidez, toxicodependência, gravidez na toxicodependência e, por fim, V.I.H./S.I.D.A.. Isto porque, para compreender a gravidez na toxicodependência, é necessário adquirir conhecimento sobre a gravidez no geral e sobre a toxicodependência, estudando estes temas, individualmente, para depois os conseguir integrar num outro mais específico. O V.I.H./S.I.D.A. foi também estudado de forma individual, devido a ser um tema demasiadamente complexo e abrangente.

Para ilustrar o tema deste trabalho, foi utilizada uma metodologia clínica e projectiva. Inicialmente, o objectivo teria sido o estudo de casos múltiplos, no entanto, devido à dificuldade em encontrar grávidas toxicodependentes em abstinência de consumos, o estudo limitou-se a um caso, o que veio, também, beneficiar este trabalho, pois, desta forma, foi possível centrar o estudo numa visão mais optimista deste tema.

Considera-se crucial afirmar que este trabalho não apresenta nenhum estudo científico, nem pretende provar nenhuma hipótese. A única esperança é relembrar que cada caso é um caso e que para ajudar quem quer que seja é estritamente necessário olhar a pessoa, na sua individualidade.

2. Revisão de Literatura

2.1. A Gravidez

Segundo a literatura, o crescimento psicológico nunca se dá por terminado, isto é, irão sempre existir, ao longo da vida, possibilidades de reestruturação e reintegração psicológica da personalidade de cada um. A gravidez pode ser vista como uma parte da vida em que, tanto para a mãe como para o pai, é necessária uma reestruturação a nível de vários aspectos da sua vida.

Segundo Maldonado (1981), existem três períodos críticos no ciclo vital da mulher: a adolescência, a gravidez e a menopausa. Estes representam períodos de tensão, biologicamente determinados por mudanças metabólicas, mudanças do papel social, reajustamentos interpessoais e inter individuais e por mudanças de identidade.

O âmbito deste trabalho está mais ligado à gravidez do que à maternidade, de facto, é de crucial importância chamar a atenção para a diferenciação entre ambas: *A maternidade requer, mais do que se desejar ter um filho, se deseje ser mãe.* (Leal, citada por Canavarro, 2001).

Guiando-me pela linha de pensamento de Canavarro (2001), existem diversos factores que influenciam as representações com que cada mulher vai caracterizar a gravidez e a maternidade, sendo eles: (1) factores genéticos, como o *instinto de reprodução* e a sua capacidade; (2) factores históricos e sociais, isto é, hoje em dia ser mãe, ou não ser, é, simplesmente, uma opção; (3) factores de desenvolvimento, como o contexto relacional, sendo a base das relações a relação com a mãe.

Relativamente às representações propriamente ditas, existem as relacionadas com o corpo e o seu respectivo controlo, ou seja, o facto de engravidar vai fazer com que a mulher perca o controlo do seu próprio corpo e suas modificações, o que pode provocar o sentimento de ser pouco atraente e, noutros casos, chega mesmo a existir medo de ter uma vida dentro de si. No relacionamento conjugal o impacto poderá ser multifacetado, pois o bebé pode ser visto como fruto de um grande amor, ou resultado de um conflito, ou, ainda, um roubo à relação conjugal. No que toca à relação com a família de origem, este momento crítico pode ser responsável pela reunião familiar, promovendo a sua aproximação, ou então, provocar um sentimento de que todos deram um passo em frente na sua vida.

Ainda segundo a mesma autora, são apresentadas algumas *tarefas* indispensáveis para uma mudança saudável na vida da futura mãe, sendo elas: (1) aceitar a gravidez e a ambivalência, que é vista como normativa, entre o desejo e o receio relativos à maternidade e sua aceitação, bem como, a todas as mudanças a ela subjacentes; (2) aceitar a realidade do feto, pois no início a atenção está totalmente direccionada para as mudanças do próprio corpo e só depois é que aparece a sensação da presença do bebé e, conseqüentemente, o fantasiar das características pessoais do bebé; (3) encontrar um equilíbrio entre o apoio e a autonomia relativamente aos pais, partindo do princípio que a gravidez pode ajudar a resolver ou a agravar os problemas com os mesmos; (4) ver o companheiro também como pai; (5) aceitar a diferenciação mãe-feto, distinguir as próprias necessidades das necessidades do bebé; (6) reavaliar e reestruturar a própria identidade, integrando-a na qualidade de ser mãe e adaptando-a às mudanças provocadas pela própria gravidez. É de frisar que estas tarefas não têm carácter hierárquico nem nenhuma ordem específica, mudando de mulher para mulher, consoante a personalidade e necessidades específicas.

Segundo Justo (1994, citado por Cotralha, 2007), a gravidez dita normal pode ser descrita em três fases, sendo a primeira a de incorporação, na qual a grávida aceita a gravidez, adaptando-se às expectativas da maternidade, num movimento de procura de resolução de conflitos relacionais com a mãe, a segunda fase, de diferenciação, quando há a percepção da actividade motora fetal, começando a perceber o bebé como objecto separado, por fim, a fase de separação, em que a mãe elabora a separação psicológica do bebé, substituindo o bebé fantasiado pelo real.

A gravidez é vista, assim, como *crise*, no sentido de haver uma necessidade de reestruturação e um reajustamento ao nível de várias dimensões: primeiro, a inevitável mudança de identidade e a nova definição de papéis, com o concomitante ressurgir de antigos conflitos de relacionamento, depois a possibilidade de atingir novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade, ou, pelo contrário, uma relação patológica. Se a mãe perceber e responder adequadamente às necessidades do bebé e se conseguir vê-lo como indivíduo separado e não simbioticamente ligado, estamos perante uma relação mãe-bebé saudável. Se, pelo contrário, existe uma crença de que o bebé irá preencher as necessidades neuróticas da mãe (carência de afecto, sentir-se útil), a relação apresenta-se doentia. O período crítico não termina com o parto, aliás, grande parte das mudanças maturacionais ocorre após este momento (Maldonado, 1981)

Antes de passar à caracterização dos três trimestres de gestação, é importante elucidar que a gravidez é vista, na literatura, como uma experiência essencialmente regressiva, tanto nos seus aspectos negativos (ansiedade e sintomas), como nos positivos (bem estar e protecção).

1ºTRIMESTRE:

O início dos sintomas coincide, normalmente, com o momento em que se dá a percepção da gravidez. As primeiras alterações ocorrem no funcionamento psicológico da mulher, estando ela, nas primeiras semanas, centrada num interesse narcísico por si própria e pela unidade mãe-feto. Estas alterações ocorrem segundo a personalidade de cada uma. Relativamente aos sintomas físicos, apresentam-se as famosas náuseas e vômitos, que apresentam uma carga psicossomática, pois traduzem a ambivalência psicológica e incerteza relativamente à concepção do bebé. (Delcos&Widlöcher, 1997, citados por Cotralha, 2007). Segundo Maldonado (1981), nem todas as grávidas vomitam, sendo estes sintomas desconhecidos nalgumas culturas. Num estudo efectuado por Roberston (1946, citado por Maldonado, 1981), foi verificado que as mulheres que apresentavam maior grau de dependência relativamente à figura materna, mostraram maior gravidade de náuseas e vômitos, relativamente às restantes. Segundo Justo (1994), o desaparecimento ou a diminuição destes sintomas traduz a resolução da problemática psicológica do início da gravidez: ambivalência afectiva (desejar ou não desejar), dúvida entre estar ou não grávida, entre outros. Na opinião de Maldonado (1981), *Não existe uma gravidez totalmente aceite ou totalmente rejeitada, mesmo quando há clara predominância da aceitação ou rejeição, o sentimento oposto jamais está inteiramente ausente.* (p.18). De facto, a mente humana é demasiadamente ampla e complexa para que haja a possibilidade de existir apenas só um sentimento relativamente a alguma coisa em que se pense.

Neste trimestre dão-se, também, alterações a nível do funcionamento onírico, sendo as hipersonias vistas pelos autores de orientação psicodinâmica, como identificações das mulheres ao feto. São também comuns os desejos e aversões, o aumento de apetite, com o conseqüente aumento de peso, podendo, por vezes, representar (quando em demasia) sentimentos de hostilidade - que são vistos como normais - encobertos por uma preocupação excessiva com a alimentação. As alterações de humor estão relacionadas com alterações do metabolismo, havendo um aumento da sensibilidade. (Maldonado, 1981).

Colman e Colman (1994, citados por Cotralha, 2007), defendem que as alterações fisiológicas são também causas das modificações da frequência do relacionamento sexual conjugal, sendo estas causadas, também, pelo medo de danificar o feto ou pela culpa ou remorsos provocados pelo seu novo papel de maternidade. No entanto, também são vários os casos dum aumento do desejo sexual.

2º TRIMESTRE:

Do ponto de vista emocional, este é o mais estável dos trimestres. Segundo Justo (1994), a experiência com mais peso, neste período, é o sentir dos movimentos fetais, que despoleta a progressão do processo de diferenciação mãe-feto. Com este novo *sintoma* há um alívio da tensão psicológica, vivendo os movimentos fetais como retribuições pelos mal-estares sentidos no 1º trimestre. No entanto, quando se dá a ausência destes, a mulher vive momentos de ansiedade e confronta-se com os medos anteriormente vividos. Através das imagens ecográficas, a presença do bebé torna-se mais real e diferenciada, o que facilita a tarefa de diferenciação mãe-feto, acima referida, e, também, a aproximação (Cotralha, 2007).

Segundo Maldonado (1981), nesta altura, a futura mãe apresenta-se mais introvertida e passiva relativamente ao mundo que a rodeia, pois está mais centrada na relação com o seu bebé.

3º TRIMESTRE:

Nesta altura o nível de ansiedade da mulher aumenta, devido à aproximação do parto. Para Deutsch (1945, citado por Cotralha, 2007), este trimestre é caracterizado por uma ambivalência entre reter e expulsar. Reter, no sentido em ser, de forma interminável, suficiente para o bebé e adiar as novas adaptações exigidas com a vinda do mesmo. Expulsar, para que o bebé se transforme num objecto de amor externo, acabando, também, com o desconforto físico, pois nesta altura o volume intra-uterino atinge o seu máximo.

Devido às limitações na concretização das tarefas do quotidiano, há uma menor actividade por parte da futura mãe, havendo, desta forma, uma maior reflexão do seu

mundo interno. Assim, neste trimestre, há maior disponibilidade para reviver antigas memórias ou conflitos infantis, possibilitando, simultaneamente, o encontro de novas soluções, visto que, durante a gravidez existe uma maior maturidade por parte das mulheres (Caplan, 1961, citado por Cotralha, 2007). Segundo Justo (1994), este trimestre dá lugar à reorganização psicológica, aproveitando a ansiedade, daqui característica, de forma saudável.

São, também, aqui habituais os medos relativamente ao parto – medo de morrer no parto, que a vagina fique permanentemente alargada, entre outros – que para Caplan e Deutsh (1945, citados por Cotralha, 2007), são determinados pelos sentimentos de culpabilidade, oriundos das relações objectais e de lembranças de medos antigos. Outro grande medo será o da separação, pois o nascimento irá representar o fim da relação íntima e exclusiva mãe-filho. Estes sentimentos são ilustrados, na maior parte dos casos, por sonhos e fantasias, antes e após o parto.

Em conclusão, qualquer gravidez requer adaptações, ou mesmo, readaptações da mulher em todos os níveis da sua vida. É um período crítico, no qual a mulher sofrerá de sintomas físicos e emocionais, durante todo o tempo de gestação e mesmo depois do parto. Devido a estes aspectos é necessário e imprescindível o apoio por parte dos técnicos que acompanham a gravidez e também por parte do pai, da família e amigos da futura mãe.

2.2. Toxicodependência

*Como se de nostalgia se tratasse,
Mas de tempos que nunca aconteceram.
Como se uma onda me levasse
Para lugares que nunca nasceram.*

2.2.1. Uma Introdução Teórica

Há centenas de anos, o consumo de substâncias psico-ativas fazia parte dos hábitos das civilizações mais primitivas, tornando-se, também, hábito integrante das sociedades tradicionais de forma cultural e ritualizada. Por exemplo, o *peyotl* era utilizado pelos índios Huichole, como meio de estes comunicarem com os seus antepassados.

O momento crítico da história das drogas no Ocidente teve lugar no início do séc. XIX, primeiro em Inglaterra (posteriormente em França), que gozava de boas relações com o Oriente, nomeadamente com a Índia, grande produtora do ópio. As guerras que Inglaterra declarou à China (com o apoio do exército francês) tiveram o objectivo de obrigar este último país a abrir as fronteiras à importação do ópio indiano (Morel, Hervé&Fontaine, 1998).

Em 1804, Frederick Seturner isolou o ingrediente activo do ópio, dando-lhe o nome de morfina, que, em 1825, começou a ser usada como antídoto para a dependência do ópio e como analgésico. Simultaneamente, dá-se a invenção da seringa hipodérmica, acreditando-se que esta permitia administrar morfina sem riscos de dependência, pois não penetrava no estômago (Crawshaw, 1979, citado por Amaral Dias, 1980).

Décadas mais tarde é preparada em Inglaterra a heroína, derivado químico da morfina. Em 1880 o consumo desta substância propaga-se a nível mundial. No entanto, só em 1960 é que se assiste a uma viragem no consumo de substâncias psico-ativas, sendo este agora visto como um sintoma de mal-estar individual e social.

A droga é, assim, vista como *demolidora de preocupações*, cujo consumo alivia o sofrimento que se abate sobre: (1) o corpo que sofre a angústia e a dor; (2) o mundo exterior, que une forças que se levantam contra o indivíduo; (3) as relações com os outros, que são, provavelmente, as mais difíceis de suportar (Freud, 1997).

A toxicodependência não se encaixa em nenhuma estrutura específica da personalidade. Segundo Bergeret (1984), não existe nenhuma categoria psicológica única onde se inserem os toxicodependentes, aliás o facto de uma toxicodependência coexistir num indivíduo com outra psicopatologia, não implica, em nada, a correlação entre ambas, no entanto, a toxicodependência nunca se encontra de forma exclusiva num indivíduo. Todavia, existem algumas características comuns nos indivíduos com esta doença, como a depressibilidade a nível do humor, carências a nível da identificação e o recurso da passagem ao acto, que poderão ser de natureza neurótica ou psicótica. É comum identificar nestes mesmos indivíduos uma perturbação precoce do narcisismo, em que a inexistência da identificação com uma mãe interna protectora vai levar ao consumo de drogas, que correspondem a um objecto interno securizador, consumo este que se deve, em muito, às carências de interiorização. Como na droga não existe lugar para a reciprocidade, o indivíduo fica isento de sensibilidade, não temendo a ferida narcísica da rejeição (Pagès-Berthier, 2000).

Estudos efectuados com a aplicação do Teste Rorschach definem algumas características típicas dos indivíduos dependentes de produtos tóxicos: relacionamento estéril, inadequação e motivação por condutas imaturas, necessidade desesperada de satisfação imediata (Knight&Prout, 1951, citados por Cotralha, 2007); incapacidade em lidar construtivamente com conteúdos com grande carga emocional e carência de recursos necessários para funcionar em novas situações (Gerard&Kornetsky, 1955, citados por Cotralha, 2007).

Para tratar um toxicodependente, antes de tudo, é necessário saber o que consumiu e quando, pois existe uma interacção mútua entre o significado psicodinâmico e o efeito psicogénico da droga (daí a importância da *droga de escolha*) (Wieder&Kaplan, 1969, citados por Cotralha, 2007). Posteriormente, é de crucial importância proporcionar um espaço de relação terapêutica, onde se possa sentir confortável para falar das suas *feridas*. Muitas vezes aparecem nas consultas desesperados, esperando uma cura mágica ou um internamento imediato. Para preparar a desabitação deve-se avaliar as circunstâncias que o levaram a pedi-la. Dever-se-á ter em conta, também, no tratamento de um toxicodependente, que este, tal como os depressivos, tende a centrar-se nos acontecimentos negativos e nas consequências imediatas do seu comportamento, compreendendo que quando as recaídas são frequentes, cada uma delas poderá ter um sentido diferente, tendo que haver, assim, por parte do terapeuta, sensibilidade para conseguir identificar as angústias subjacentes (Câmara, 1989).

2.2.2. Visão Psicodinâmica

Segundo Charles-Nicolas (1991), a literatura existente sobre a toxicodependência é bastante pobre e uma das razões defendida por Rosenfeld (1960) será o facto de este ser um problema verdadeiramente complicado de se compreender. Para o autor, a psicanálise, como técnica, não tem tido grandes resultados nesta área, pelo contrário, o seu contributo teórico mostrou-se essencial para a compreensão da mesma.

Freud relacionava a toxicodependência com a masturbação, isto é, com o autoerotismo, entendido em termos de fixação oral, na intolerância à espera da satisfação do desejo. Portanto, seria na fase oral que deveriam ser procuradas as origens da toxicodependência. Mais tarde, equiparou a relação com as drogas com a relação com o objecto de amor. A propósito do alcoolismo, Abraham defendeu que o uso deste tipo de substâncias é resultado do rompimento generalizado das sublimações, sendo estas, desvios direccionados para objectivos sociais das representações e das emoções sexuais recalçadas. Em suma, a toxicodependência será como um processo de desgenitalização da sexualidade normal. Segundo Ferenczi, a causa dos sintomas deve ser procurada na génese das necessidades de satisfação. (Sequeira, 2006).

Para Rado (citado por Sequeira, 2006) existem dois tipos de efeitos que podem ser utilizados pelo homem de forma a influenciar a sua vida emocional, quando se encontra em grande tensão psíquica: (1) efeito analgésico, sedativo e hipnótico, que ajudam a prevenir a dor; (2) efeito estimulante gerador de prazer. Segundo o autor a dependência de substâncias tem a sua origem na *depressão tensa* ou *depressão ansiosa* que, ilustrada de um enorme sofrimento e intolerância à dor, representa uma forma de reagir às frustrações da vida. Desta forma, todo o interesse psicológico irá focar-se no alívio destes sintomas, o que é conseguido através dos efeitos farmacogénicos, que possibilitam ao Eu o reencontro com o seu estado original. No entanto, como consequência, o Eu inibe-se, aparecendo a realidade em dimensões deveras esmagadoras, o que irá fazer com que se procurem as substâncias novamente.

Amaral Dias (1980) defende que existe, nos toxicodependentes, uma passagem do *regime relacional* para o *regime farmacotímico*, ou seja, que o prazer e a homeostase resultante do consumo de drogas é, nada mais, que aquilo que se vive na relação com o outro. Sequeira (2006) acrescenta também, que o prazer farmacogéneo substitui, de certa forma, a realização do acto sexual, tornando-se, assim, o consumo, o próprio objectivo sexual. Trata-se, pois, de uma organização auto-erótica, fazendo recuar o

erotismo genital, estabelecendo um compromisso com o masochismo, que irá combinar o prazer sem dar, com o compromisso passivo.

Para Simmel (1927, citado por Sequeira, 2006 e Charles-Nicolas, 1991), os toxicod dependentes sofrem de uma neurose narcísica, sofrendo de um Supereu severo e extremamente exigente, em que nos estados depressivos (ligados essencialmente ao alcoolismo), as pulsões agressivas e destrutivas se voltam para o Eu. A droga tem aqui, então, uma função de *mania artificial* que protege o Eu dos seus sentimentos de culpa e da angústia persecutória, que o toxicod dependente não consegue suportar. Fenichel (1945, citado por Sequeira, 2006 e Charles-Nicolas, 1991) enquadra mais esta adição dentro das neuroses impulsivas, igualando-a à emergência da necessidade e falhanço de todas as tentativas para atingir a satisfação.

Bergeret (1984) fala-nos da precariedade das possibilidades imaginárias no indivíduo toxicod dependente, sublinhando que estas nada têm a ver com a imaginação, pois esta até poderá ser produto do consumo de certas substâncias. O que está aqui em questão é, pois, o imaginário, aliás a sua falta, a incapacidade de antecipar desejos e prazeres realizáveis com o outro, fazendo com que o toxicod dependente procure desesperadamente uma ajuda exterior numa substância inanimada. Para Coimbra de Matos (2001) também existe no toxicod dependente uma falha no desenvolvimento do imaginário e do simbólico, devido a uma ausência de um objecto externo e interno, estimulante e sonhador. Segundo o mesmo autor, o funcionamento que é encontrado nestes indivíduos é chamado de *depressão primitiva* ou *depressão simples*, onde o mundo interior se resume a uma auto-representação de impotência, *holpelessness* e *helplessness* e o sentimento constante é de um vazio desconhecido e sem nome.

Cotralha (2007) elucida-nos para o facto de que, segundo Blatt e Berman (1990), Blatt, Berman et al. (1984), Blatt, McDonald et al, 1984) e Rounsaville et al. (1984), são definidos três grandes motivos para a dependência de heroína: (1) motivo regressivo e de desejo simbiótico na dependência; (2) motivo defensivo contra afectos intensos; (3) motivo defensivo, de contenção da agressão e desintegração psicótica. O primeiro significa que a procura da substância traduz uma tentativa de compensar as necessidades mais primitivas (protecção, segurança, intimidade), que não foram vividas precocemente, de forma constante e sólida com a figura maternal. Ou seja, a droga irá representar um modo primário de obtenção de prazer, de fusão simbiótica e pseudo felicidade. O problema aqui intrínseco será a falha na internalização, isto é, a inexistência de uma mãe suficientemente boa (Winnicott, 1951), que não soube fornecer

os estímulos adequados numa relação empática. Isto segundo Kohut (1971) é a raiz da toxicodependência.

Winnicott (1956) deu-nos o conceito de *falso self* que é “cozinhado” na medida em que a mãe vai sempre respondendo à criança consoante aquilo que nela projecta, e, deste modo, o crescimento da criança será produto daquilo que a mãe espera dela, resultando daqui um ser que nunca se sentirá individualizado. A criança olha para a mãe e, contrariamente ao que espera, não se encontra nesse olhar. Este facto liga-nos a outro conceito, ao *estágio do espelho quebrado* de Olivenstein (1987), que traduz a incapacidade da criança de se ver no olhar materno, resultando numa decepção devastadora. Tal decepção não é nada mais, nada menos, que o sofrimento do toxicodependente (Cotralha, 2007). Estes factos levam também a outro, ao das carências de identificação por parte destes indivíduos, que têm grandes dificuldades em afirmar a sua personalidade, não só perante os outros, como também perante eles próprios, pois na infância esta foi mal estruturada, tendo sido guiada pela imitação, mais do que pela identificação propriamente dita, isto é, nota-se uma incapacidade em integrar as suas próprias qualidades nas dos pais, levando à passividade perante as pressões exteriores, como as dos grupos sociais e, principalmente, dos líderes. (Bérgeret, 1984). Desta forma, muitos toxicodependentes têm como prioridade o evitar de qualquer tipo de agressão vinda do exterior.

O segundo motivo apresentado representa *a necessidade do indivíduo encontrar um apoio e acompanhamento externos, por via do consumo de drogas, na contenção e modulação de afectos dolorosos e impulsos primitivos*. (Cotralha, 2007, p.85). O toxicodependente queixa-se, frequentemente, de um vazio imenso, aborrecimento e depressão característicos de padrões rígidos de auto-negação. Sendo assim, segundo Wurmser (1977, citado por Cotralha, 2007) os seus mecanismos de defesa serão a denegação, a externalização (procurar a solução para um conflito interno no exterior) e o conhecido *acting-out*, a defesa por via da acção.

Em relação ao motivo defensivo de contenção da agressão e desintegração psicótica, para Wieder e Kaplan (1969, citados por Cotralha, 2007) a droga, ao suplementar as funções do Eu e do Supereu, vai transmitir ao toxicodependente uma *homeostase psíquica*, controlando os afectos esmagadores e os impulsos sádicos e primitivos intoleráveis. A droga é, então, vista como o *objecto ideal* (Rosenfeld, 1960).

2.2.3. O toxicodependente e a sua família de origem

Ser pai/mãe é ser agente de continuidade entre as gerações mas é também ser, simultaneamente, capaz de assegurar a descontinuidade, os limites e a diferença entre essas gerações. Ter filhos é transmitir heranças diversas, desde a genética, às de costumes, valores e significados, mas é, igualmente, num contexto de intimidade, aceitar a diferença da individualidade. (Canavarro, 2006, p.17). Penso que o que Canavarro quer com isto dizer é que, simplesmente, um dos principais papéis de ambos os pais é, num ambiente contentor, deixar o filho crescer na sua individualidade, apoiando-o nas suas decisões e responsabilizando-os pelos seus actos.

Stanton et. Al (1980, citados por Mortalla, 1999) vêem a toxicodependência como um sintoma que emerge de um contexto interpessoal, sendo encarados como factores determinantes para os comportamentos toxicodependentes: perdas traumáticas precoces, medo da separação e a sua subjacente dependência dos pais, a forte ligação de um dos pais à toxicodependência do filho, juntamente com a ausência do outro e, ainda, os factores extrafamiliares.

Para Cancrini (1982), podem ser distinguidos quatro tipos de toxicodependências: (1) *toxicodependência traumática*; (2) *toxicodependência da neurose actual*; (3) *toxicodependência transaccional*; (4) *toxicodependência sociopática*.

Denomina-se *toxicodependência traumática*, aquela que é desencadeada por um acontecimento traumático e doloroso, como separações ou mortes inesperadas na família, num momento considerado como crucial para a individuação do sujeito.

A *toxicodependência da neurose actual* é, habitualmente, interpretada como uma chamada de atenção num tipo de personalidade depressivo. A dinâmica familiar nestes casos é, normalmente, composta por um tipo de comunicação contraditório, onde os conflitos se desenrolam de forma rápida e violenta. O mais comum é o pai do sexo oposto ao do sujeito em questão estar demasiadamente preocupado com o mesmo, enquanto o do mesmo sexo se ausenta por completo.

Quando a família de um toxicodependente sofre de graves falhas de comunicação e as relações são mal definidas, trata-se de uma *toxicodependência transaccional*. Existe portanto, alguma semelhança com o tipo de toxicodependência, anteriormente referido.

Dentro da *toxicodependência sociopática*, encontram-se padrões familiares semelhantes com os do segundo tipo, no entanto, muitas das famílias pertencem a classes sociais muito baixas, estando, desta forma, os toxicodependentes, previamente, ligados a condutas delinquentes.

Geralmente, a toxicodependência tem os seus primeiros sintomas na adolescência. O adolescente, segundo Charles-Nicolas (1991) vai consumir, ou pelo risco que a droga representa, ou pelo seu efeito auto-terapêutico e ansiolítico, ou ainda, para amortecer a falha na simbolização, isto é, para preencher o vazio, ou mesmo, impedir que ele apareça. Mas, o problema aqui subjacente é a insuficiência de objectos internos.

É na adolescência que, segundo a literatura, os filhos põem em questão a personalidade dos pais, vendo-os como seres humanos imperfeitos que erram. No entanto, segundo Lidz (citado por Sequeira, 2006), o último desejo deles é demitir os pais do seu papel de modelos. É nesta altura que os filhos começam a procurar a sua individualidade, mas para tal, é, também, imprescindível que os pais modifiquem a sua relação com eles, vendo-os como alguém que está a crescer e que tem pensamento próprio. Segundo Sequeira (2006) são os comportamentos patológicos dos pais, nomeadamente, a identificação projectiva, que irão perturbar o crescimento do adolescente, que, por sua vez, lhes vai responder através de comportamentos desviantes, de forma a manter a união familiar ligada à sua necessidade de autonomia. Para Weidman (1983, citado por Cotralha, 2007) o toxicodependente nunca se separou dos pais, pois essa separação nunca terá sido encorajada por nenhum deles.

As mães dos toxicodependentes são, geralmente, caracterizadas por culpabilizantes, narcísicas, manipulativas e sedutoras, sendo também hiper-protectoras, ajudando o filho em tudo, menos na sua individualização (Fort, 1954, citado por Cotralha, 2007). É também constante a ausência da figura paterna, ou então a ausência do pai enquanto companheiro da mãe, levando esta a investir exageradamente no filho, de forma a compensar a relação insatisfatória com o cônjuge. (Abeleira, 1999, citada por Cotralha, 2007). O que se sucede é uma relação simbiótica e desajustada que, ao longo do tempo, irá destruir a maturação do adolescente, desculpabilizando-o das suas falhas e erros em todos os níveis da sua vida, dando-se, simultaneamente, como personagem principal de encobrimento da verdade. O resultado será, obviamente, um indivíduo desresponsabilizado e dependente.

Em suma, a toxicodependência é um problema multifactorial, sem causas específicas, havendo apenas o conhecimento de factores que possam levar a esta dependência, não podendo, no entanto, considerá-los como únicos e exclusivamente responsáveis. Existem várias toxicodependências, no sentido de que esta não é vivida por todos os doentes da mesma forma, nem começa nem acaba na mesma altura. É, pois, um tema e um *sintoma*, que irá sempre causar muitas dúvidas e especulações, sendo a única forma de tratá-la, olhando cada doente individualmente e como pessoa que, acima de tudo, sofre profundamente.

2.3. A Toxicodependência na Mulher

2.3.1. Evolução dos comportamentos aditivos na mulher

Na década de 80 começou a fazer-se notar um aumento de uma conduta de dependências por parte das mulheres: toxicodependência, farmacodependência e alcoolismo. Desta forma, foram efectuados estudos qualitativos e quantitativos para tentar compreender e explicar esta manifestação, que até à altura era considerada como tipicamente masculina, e estabelecer modelos de prevenção e tratamentos mais apropriados à população feminina. No entanto, não é fácil atribuir uma relação entre *toxicodependência* e *mulher*. Não existe a toxicodependência, mas sim as toxicodependências, isto é, além de um conjunto de condutas individuais adquiridas, existem os comportamentos aprendidos social, económica e culturalmente. Por sua vez, a categoria *mulher* não é uma categoria homogénea, não podemos falar da mulher, mas sim das mulheres. O que elas têm em comum enquanto toxicodependentes é o facto de partilharem uma conduta social marginal em resposta a uma série de necessidades individuais.

Estudos epistemológicos mostraram que o índice de alcoolismo e toxicodependência, nas sociedades ocidentais, seria maior nos homens do que nas mulheres. Todavia, mesmo que a tendência para consumir mais álcool por parte dos homens, seja um modelo observado transculturalmente, não é, de maneira nenhuma, um factor universal. A comparação entre sociedades que apresentam um comportamento diferenciado face ao álcool é interessante, pois permite ligar a variação das atitudes partilhadas pelo grupo no que diz respeito ao álcool. Se as experiências e os comportamentos colectivos face à droga variam de uma sociedade para outra, quer dizer que resultam de uma mistura de valores, crenças e tradições que lhes são próprios. Também o meio familiar tem um papel importante na formação do indivíduo e na sua aprendizagem da vida social. Desta forma, a influência parental não é, de maneira nenhuma, insignificante na adopção de condutas tóxicas, de facto, os alcoólicos e, particularmente, as mulheres alcoólicas encontram-se, maioritariamente, em famílias ou em meios em que o alcoolismo está inserido. Outra influência propícia a este tipo de comportamentos é a influência dos pares, através dos quais os jovens aprendem e partilham comportamentos sociais, sendo por estes arrastada a aquisição de hábitos, como o hábito do cigarro, o uso de álcool e estupefacientes (Cardinal, 1984).

Cardinal (1984) fala-nos das *novas condições femininas*, que emergiram da multiplicação das escolhas profissionais e sociais propostas às mulheres, que tiveram um efeito indirecto na utilização de produtos, arrastando também a sua dependência. Com esta emancipação, as mulheres começaram a partilhar um estatuto socioprofissional idêntico ao dos homens, onde seriam solicitados o consumo de álcool e drogas *leves*. Viver em conformidade com os estereótipos tradicionais femininos poderia ser problemático, resultando, assim, num conflito interno das mulheres modernas. A ansiedade que nasce de tais conflitos é um factor determinante para o uso de drogas não medicadas. Um acontecimento stressante ou ansiogénico pode, igualmente, agir como um factor desencadeante de um comportamento de *intoxicação voluntária*, que é percebido como uma ameaça à sua identidade feminina. As mulheres que têm este comportamento, têm uma mísera opinião sobre si e recusam aceitar-se como são, sentem-se ineficazes. O retrato que as mulheres alcoólicas traçam delas mesmas é gerado pela ansiedade. Recorrem ao álcool ou aos medicamentos para diminuir tal ansiedade, ou para modificar certas atitudes que julgam indesejáveis ou que julgam não estar em conformidade com a imagem que elas desejam. Porém, esta tentativa de evasão não vai de encontro com a imagem social da mulher ideal, pois a sociedade vê com rigidez a mulher que bebe demasiado. Por outro lado, do álcool resulta também um aumento da tensão psíquica, sendo um círculo vicioso, com o risco de desenvolver uma dependência psicológica a partir de um forte consumo.

Olhando este tema de um ponto de vista menos social, sabe-se que a fraca auto-estima na mulher é fundamental na elaboração de uma conduta alcoólica ou farmacodependente. As mulheres quando confrontadas com problemas de toxicodependência mostram, umas mais do que outras, uma incapacidade generalizada para fazer frente às dificuldades e uma impotência relativamente ao domínio das tensões e da angústia. É desde a infância que a mulher deve aprender a encontrar nela mesma as fontes necessárias para suportar as eventuais doenças psíquicas, as frustrações e os fracassos.

É uma realidade que, na sua maioria, as mulheres toxicodependentes sofreram vários traumatismos precoces, entre eles, grandes instabilidades afectivas e figuras maternas instáveis e não securizantes (Marcelino, 1991). Muitas das mães destas mulheres têm, também, carências muito graves provenientes das suas famílias de origem, da pobreza, de maridos ausentes, ou mesmo da sua incapacidade materna, que se irão traduzir na falta de contacto afectuoso com as suas filhas, prevalecendo um vazio afectivo.

Consequentemente, as filhas irão ter comportamentos auto agressivos (os consumos, comportamentos de risco, prostituição, etc.) que poderão ser vistos como movimentos agressivos contra as mães abandonantes (Câmara, 1991).

Segundo Angel (2000) as mulheres toxicodependentes, comparativamente com os homens, representam um grupo particularmente vulnerável, geralmente com condições de vida mais precárias, menos instruídas e com menos formação profissional. A percentagem de infecção por V.I.H. é também maior, devido às condutas provenientes da toxicodependência, como a prostituição e a partilha de seringas. Na sua infância, foram mais expostas a violências físicas e sexuais, não sendo, obrigatoriamente, o pai o agressor, no entanto não as protege, nem impede que elas sejam agredidas. Estas mulheres apresentam, na sua maioria, uma sintomatologia depressiva e ansiosa – muitas já tentaram o suicídio ou outros comportamentos desviantes que não a toxicodependência – sentem-se desprezadas e rejeitadas, com severos sentimentos de auto-desvalorização, que se agravam com o aumento de condutas desviantes. Apresentam-se, também, pouco seguras de si, com dificuldades em exprimir as suas opiniões e defender os seus direitos sem recorrer a atitudes agressivas. Têm também grandes dificuldades em pedir auxílio, só aparecendo em serviços médicos quando lhes são diagnosticados problemas de saúde.

2.3.2. A Gravidez na mulher toxicodependente

Foi nos anos 80, graças ao mestre de obstetrícia João Dória Nóbrega, que se deu a primeira resposta às grávidas toxicodependentes, criando uma consulta na Maternidade Dr. Alfredo da Costa em 1999, em colaboração com o actual C.A.T. das Taipas, com o objectivo de enfrentar este fenómeno e especializar uma ajuda propícia para estas mulheres, bem como para a saúde dos seus filhos (Guerreiro, 2001). Pois, tal como defende Freitas e Costa: *É também importante verificar, para que possamos desempenhar o nosso papel com clareza e objectividade, que ninguém é completamente bom ou mau, doente ou saudável, que há sempre um lado positivo e um negativo e que, principalmente, ninguém evolui sozinho!* (Freitas e Costa, 2001, p.153).

No que toca à gravidez na toxicodependente, se acreditarmos que a mãe irá abandonar os consumos das substâncias de abuso, será que poderemos pensar na gravidez como processo reparador da dependência? Segundo Marcelino (1992), apesar de um filho não tirar os pais da “droga”, poderá incentivá-los a iniciar um projecto de mudança.

Sabe-se que a toxicodependência aparece devido a (entre outros factores) um vazio sentido face à frustração das relações e daí a necessidade de preenchê-lo com algo que não o abandonará (a substância de abuso, a “droga”). Mas será que a gravidez poderá reparar este vazio? Poderão existir, pelo menos, duas opções: quando as toxicodependentes sentem o bebé como uma parte de si, consomem, por exemplo, heroína para acalmar o bebé, pois esta também as acalma, sendo uma forma de se desculpabilizarem; ou então, quando se apercebem que estão grávidas, suspendem automaticamente os consumos, vendo a gravidez como mais uma “oportunidade”. Mas outra questão se coloca: se de facto estas mulheres não ultrapassaram o processo de separação-individação, como conseguirão cuidar do seu bebé? As possíveis respostas serão: (1) se tomarem a gravidez como um processo de reparação de si próprias, como filhas, tendo o bebé o papel, também, de cuidador, irão conseguir; (2) se viverem as manifestações do bebé como abandonos, fazendo com que se sintam más mães, revivendo os seus modelos familiares, não conseguirão ser boas mães, caindo novamente no vazio, o que poderá levar a uma recaída. (Biscaia, J., et al., 1997). Devido a estes riscos deve ser feito um acompanhamento terapêutico à mãe durante o período de gestação e logo após o parto deverá acompanhar-se tanto a mãe como o bebé, principalmente, em casos de parto prematuro e síndrome de privação.

É do senso comum que a gravidez nestas mulheres é quase sempre não planeada, que devido à precariedade da percepção do próprio corpo a cronologia da concepção é mal definida e que muitas das grávidas só aparecem nas consultas no fim do 2º ou no principio do 3º trimestre de gravidez, devido a muitas delas sofrerem de amenorreia, que se dá sobretudo devido ao excesso de consumo de heroína, que transmite uma ilusão de invulnerabilidade, o chamado *mito da infertilidade*, que as leva a não recorrer aos métodos anticoncepcionais. Mas, para Guerreiro (2001), tal desleixo não traduz um sentimento de rejeição ou de não desejo de ter um filho. De facto, existe, quase sempre, o desejo de ser mãe, todavia, tal desejo é reprimido pela consciência por parte destas mulheres, de que a altura não será a certa, devido a tudo o que os consumos implicam tanto para ela, como para o bebé, às dificuldades económicas, ao estilo de vida (derivado dos consumos) e às relações familiares, na sua maioria bastante problemáticas.

No entanto, é impossível negar que estas correspondem a gravidezes de risco. Cotralha (2007) dividiu os factores de risco em três grupos: (1) factores de risco biológico; (2) factores de risco psicossocial e psicofamiliar; (3) factores de risco psicológico.

Relativamente aos primeiros, como já tinha sido referido, a amenorreia é frequente nas mulheres que consomem heroína, levando na maior parte dos casos à crença no *mito da infertilidade*, mencionado por vários autores, que tem como consequência a desvalorização dos métodos contraceptivos. Esta irregularidade contribui, também, para o conhecimento tardio da gravidez (muitas mulheres só se apercebem quando sentem os movimentos fetais ou quando o volume uterino já se apresenta alongado), havendo, desta forma, uma vigilância pré-natal desajustada, ou mesmo, inexistente (Cotralha, 2007). A existência de doenças sexualmente transmissíveis também representa um factor de risco. Segundo Guerreiro (2001) o número de mulheres grávidas infectadas por V.I.H. tem vindo a aumentar. No entanto, a transmissão vertical tem vindo a diminuir, com o auxílio dos anti-retrovirais, da inibição da amamentação e da administração de profilaxia anti-retrovírica ao recém-nascido. (Cotralha, 2007). O maior *fantasma* vivido por estas mulheres são as malformações fetais, o que segundo Lowenstein et al (1995) e Guerreiro (2001) são consideradas um mito, pois a heroína e os restantes opiáceos não têm efeitos teratogénicos e tudo o que o consumo implica, raramente é responsabilizado pelas complicações obstétricas. Contudo, existe é uma incerteza relativamente aos efeitos teratogénicos dos adulterantes, os chamados *produtos de corte* e, segundo Biscaia et al (1997) as mães que consomem cocaína contribuem para que os seus embriões sofram de lesões teratogénicas do tubo neural e suas

extremidades. Outro facto que suscita grande preocupação é o síndrome de abstinência neo-natal, cuja percentagem, segundo os peritos, é ligeiramente inferior nas gravidezes vigiadas e que, segundo Lowenstein et al.(1995), só se torna grave se não for tratada adequadamente. Os sintomas desta síndrome, entre muitos, são: agitação, hiperexcitabilidade, perturbação do sono, perturbações ao nível do sistema nervoso autónomo, perturbações digestivas e respiratórias (Manzano & Palácio, 1990, citados por Cotralha, 2007). Alguns estudos americanos demonstraram uma diminuição destes sintomas aquando a administração de metadona nas mães.

A substituição opiácea, como a metadona, é vista, cada vez mais, como viável pela comunidade médica, pois os períodos de abstinência, muitas vezes aleatórios, poderão ter efeitos ainda mais perigosos do que o consumo de opiáceos (Lowenstein et al., 1995). Uma das grandes vantagens desta terapêutica é a possibilidade de conhecer a sua farmacocinética, pois não possui qualquer adulterante, permitindo, desta forma, um controlo cuidadoso das doses a níveis estáveis no feto. A metadona permite, assim, uma estabilização que contribui para a ausência da síndrome de abstinência materno-fetal, contudo, não impede a existência de uma síndrome de abstinência neo-natal. (Guerreiro 2001).

Os factores de risco psicossocial e familiar estão mais relacionados com as condições de vida precárias vividas por estas mães, que dificultam a concretização das necessidades consideradas básicas. Segundo o estudo efectuado por Frazão et al. (2001, citados por Cotralha, 2007), numa amostra de 66 grávidas, 53% pertenceriam à classe média baixa, 24,2% à classe média e as restantes 16,7% à classe baixa. Observam-se, assim, fracos recursos de apoio social e familiar e condições habitacionais bastante precárias, no que diz respeito a uma alimentação desregulada, ou mesmo subnutrição, havendo uma diminuição de peso durante o puerpério considerada grave. (Beja, 1999, citado por Cotralha, 2007). Ainda de salientar são os comportamentos de risco derivados dos hábitos de consumo, como a prostituição, problemas judiciais, entre outros comportamentos delinquentes variados. As relações familiares, segundo Cotralha (2007) são fundamentalmente problemáticas, principalmente no que diz respeito à participação das mães durante todo o período da gravidez e depois do parto. Esta relação entre a mãe e a filha toxicod dependente e futura mãe poderá ser vivida de forma extremamente tensa e conflituosa, pois a mãe tentará “destroná-la” do seu papel de mãe, castrando qualquer expectativa que a grávida possa ter enquanto mãe. Esta situação poderá piorar se os comportamentos do bebé forem sentidos como rejeitantes (como já tinha sido referido), pois, desta forma, há a

confirmação do medo de se sentir uma mãe destrutiva e má, resultando daqui uma reminiscência do vazio interno que só será resolvido ou aliviado com o consumo de drogas, aumentando, assim, os sentimentos de desvalorização.

No que diz respeito aos factores de risco psicológico, segundo Almeida (1998, citada por Cotralha, 2007) na maior parte dos casos a gravidez não foi planeada, logo não terá sido desejada nem fantasiada. Por sua vez, Freitas e Costa (2001) concluiu que na maioria das mulheres por si observadas, a gravidez terá sido desejada e aceite, embora não tenha sido planeada. Neste mesmo estudo notaram, ao longo da gravidez, um esforço para reduzir os consumos, vendo o bebé como uma esperança para solucionar os seus problemas. A gravidez, assim, traduz uma tentativa de resolução dos conflitos inconscientes na origem da toxicoddependência, tendo o bebé uma papel terapêutico e de garantia da suspensão dos consumos (Ebert, citado por Pimenta, 1997).

Para estas futuras mães *ser mãe* significaria crescer, amadurecer, realizar-se como mulher e, também, dar amor sem qualquer tipo de interesse. Tal como defende Lowenstein et al. (1998), na maior parte dos casos a gravidez é desejada e as capacidades maternas raramente são afectadas pelo consumo de opiáceos.

Segundo Guerreiro (2001) vê-se, por parte destas mulheres, muita irresponsabilidade, mentiras e ausência nas consultas, mas com a gravidez sentem-se motivadas para iniciar um projecto de reabilitação, vendo o bebé como o *objecto mágico* (Parquet & Bailly, 1998, citados por Cotralha, 2007). Para Cotralha (2007) os pedidos de desintoxicação intercalados com recaídas e a indecisão na comparência nas consultas, traduzem a angústia e a ambivalência vividas, relativamente à gravidez e a tudo o que ela acarreta, como uma certa angústia de separação do estilo de vida que levavam, com o qual já se sentiam familiarizadas.

Nos casos em que o bebé é vivido como uma *solução mágica* (Guedes et al., 1994, citados por Cotralha, 2007), poderá existir um desejo de ter um filho, sem nele coexistir o desejo de estar grávida. A criança terá, então, uma dupla função de reparação: proteger a mãe da sua depressão e resolver o luto da mãe que esta nunca chegou a ter e da criança que nunca chegou a ser. (Parquet & Bailly, 1987, citados por Cotralha, 2007). A criança, desta forma, poderá ser vista como o sintoma desse luto, devido aos sentimentos de angústia, culpa, dúvida (*Consegurei ser uma boa mãe?*) vividos pela mãe (Pimenta, 1997).

O início da gravidez pode ser propício a perturbações relacionais e comportamentais que traduzem a ambivalência e angústia vividas na gravidez, marcadas por períodos de desabituação e desintoxicação (Pimenta, 1997).

Segundo Reis & Barros (1991,) no primeiro trimestre deverá ser prestada uma atenção especial a variados sintomas, como: a sonolência, um dos primeiros sintomas que reflecte o conflito de ambivalência com ela própria; náuseas e vômitos, que poderão ser devidos ao medo de dar à luz. Deverá dar-se a oportunidade de falar sobre as fantasias relativamente à sua situação, pois, desta forma, a sua ansiedade tende a diminuir. É importante, também, ter em conta que o grau de aceitação da gravidez, por parte do agregado familiar, influencia a sua tendência para a maternidade.

O segundo trimestre representa uma nova fase, em que são proporcionadas fantasias (comuns a todas as grávidas) de ansiedade elevada, os sintomas físicos já não passam despercebidos e a mãe já sente os pontapés do bebé. Aqui a grávida poderá recorrer a vários mecanismos para ultrapassar a ansiedade: *bebé imaginário; nem me lembro que estou grávida*. Nesta fase é de extrema importância a disponibilidade para ouvir e a compreensão por parte dos técnicos que acompanham a grávida.

No terceiro trimestre volta a aumentar a ansiedade e as queixas de mal-estar físico são em maior quantidade, sendo os sintomas mais comuns a lipotomia, que poderá advir de angústias de aniquilamento, e as câibras, que traduzem o medo do parto, ou de incapacidade para ser uma boa mãe. Devido a este último, será importante dedicar algum tempo ao ensino dos cuidados básicos a dar ao bebé, como dar banho e amamentar.

Por fim, na altura do parto verifica-se a utilidade do apoio dado, anteriormente, a estas mães. Os momentos finais são constituídos por medos e estados confusionais, que só se irão estabilizar quando a mãe segurar o bebé ao colo, daí a importância dada ao não prolongamento da sua separação.

Concluindo, a gravidez na mulher toxicod dependente poderá, sem dúvida alguma, ser um risco, tanto para a mãe, como para o bebé. No entanto, acredita-se que, com um acompanhamento adequado, tanto psicológico, como médico, esta gravidez poderá transformar-se numa gravidez satisfatoriamente saudável, não havendo dúvida que estas mulheres conseguirão construir o seu novo papel como mães.

2.4. O V.I.H/S.I.D.A.

*Vida minha que te perdeste,
Sem nunca teres sido encontrada...
Nunca à racionalidade obedeceste
E deste modo nunca serás perdoada.*

O Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (S.I.D.A.) é *Um estado de falência do sistema imunológico causado pela infecção dos linfócitos-T pelo vírus da imunodeficiência humana (V.I.H.).* (Teixeira, 1993, pp.76). Apesar desta doença ser, hoje em dia, por todos conhecida, muitas pessoas não sabem bem a sua definição, tendo apenas consciência de que é uma doença mortal e sexualmente transmissível. Foi, exactamente, devido a este facto que citei esta frase que define o vírus e a doença dele proveniente.

Os linfócitos-T têm um papel extremamente importante no combate de infecções por parte do organismo, desta forma, quando infectados pelo V.I.H., perdem as suas capacidades, ficando o organismo susceptível a infecções e desenvolvimento de tumores. O vírus começa, portanto, a atacar as defesas imunitárias, mas, durante a seropositividade a manutenção imunológica ainda produz anticorpos, quando se dá a falência das defesas imunitárias, é apresentada a S.I.D.A. declarada (Teixeira, 1993).

Foi na década de 70 que se fizeram notar os primeiros casos, que hoje são conhecidos como Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, no entanto, ainda não se sabia a sua génese nem definição. Não se sabe dizer como é que o vírus infectou a primeira pessoa, no entanto, pensa-se que este teve a sua origem no centro ocidental de África, expandindo-se, posteriormente, para Camarões, República Democrática do Congo, Uganda, entre outros. O vírus da imunodeficiência adquirida (V.I.H.) faz parte de uma família de vírus de primatas, facilmente equiparável a um outro, inofensivo, encontrado em várias subespécies de chimpanzés. (Straub, 2005)

Em Fevereiro de 1999, um grupo de investigadores da Universidade de Alabama, constatou que um chimpanzé da espécie *Pan troglodyte troglodyte*, era portador de um

vírus praticamente idêntico ao V.I.H., que, anteriormente, fora comum no centro ocidental de África. Segundo os investigadores, tal chimpanzé seria a fonte do V.I.H. e, talvez, este tivesse sido transmitido ao ser humano através de uma mordidela num treinador de primatas. Esta hipótese não é considerada como absolutamente certa, pois é raro os chimpanzés serem infectados com este vírus. A questão que, assim, permanece é que tanto os chimpanzés, como os seres humanos, podem ter sido infectados por uma terceira espécie de primatas, ainda desconhecida. (Straub, 2005)

O primeiro caso diagnosticado com S.I.D.A., ocorreu nos E.U.A., na primavera de 1981. Actualmente, Portugal é o país da Europa Ocidental que apresenta mais casos de infecção por V.I.H por milhão de habitantes.

Inicialmente, esta doença era associada à homossexualidade, no entanto, rapidamente se reparou na forte e rápida difusão entre os toxicodependentes consumidores de drogas por via endovenosa. A toxicodependência é, hoje, considerada responsável por cerca de 50% dos casos de S.I.D.A em vários países, entre eles: Baraine, Geórgia, Itália, Cazaquistão, Portugal, Espanha e Jugoslávia. (Inácio, 2004)

Foi desde a última metade da década de 80 que a S.I.D.A. começou a alarmar a população mundial. Em Janeiro de 1991 conheceram-se 100 mil vítimas e no ano 2000 5,3 milhões de pessoas teriam contraído o vírus, posteriormente 36,1 milhões teriam S.I.D.A. declarada. Destes 36,1 milhões, 1,4 milhões seriam crianças com menos de 15 anos de idade. (Organização mundial de saúde, 2001, citado por Straub, 2005).

A infecção por V.I.H. é uma realidade com que os técnicos que trabalham com toxicodependentes, têm que lidar, cada vez mais. O número de toxicodependentes seropositivos tem vindo a crescer nas últimas décadas e o mesmo acontece com as grávidas toxicodependentes. Segundo a literatura e segundo a experiência dos técnicos nesta área, são muitos os casos em que estes doentes assustam e afastam os técnicos, pela doença que é, ainda vivida como um quase *tabu*, que as pessoas tentam negar. É devido a estes factos que deveria ser aumentada e especializada a formação, bem como o apoio aos técnicos que terão que se deparar com esta realidade.

As condutas que levam à contaminação, por parte dos toxicodependentes são a partilha de seringas e dos instrumentos de preparação das drogas que irão ser consumidas por via endovenosa, pois ainda há pouco tempo era desconhecido por parte de muitos toxicodependentes que o V.I.H. pode ser transmitido não apenas pelas agulhas

endovenosas contaminadas, como, também, pelos líquidos com que se diluem as drogas injectáveis, se partilhadas, assim como, pelo recipiente e o algodão, que serve de filtro na preparação destas drogas. É, também, devido às relações sexuais desprotegidas que o vírus é apanhado.

As justificações dadas pelos consumidores relativamente à partilha dos utensílios são, geralmente, a falta de material, a necessidade imperiosa de resolver a ressaca, o facto de não terem tido conhecimento que os utensílios já teriam sido utilizados, intoxicação e a proximidade social dos parceiros com quem há a partilha. A partilha num contexto de um relacionamento sexual pode ser conotada como uma união por parte do par que consome. Vários estudos indicam que a mulher toxicodependente tem o hábito de partilhar os utensílios com o seu par, enquanto os homens partilham correntemente com os amigos (Inácio, 2004).

Segundo um estudo efectuado por EMCDDA (2001, citado por Inácio, 2004), dois terços de uma população de consumidores de drogas consumidas por via endovenosa nunca usaram preservativos com os seus parceiros mais estáveis, enquanto um terço nunca usou preservativos com parceiros ocasionais. No caso das mulheres, muitas vezes o medo da infecção fica camuflado pela ilusão de que o afecto sentido equivale à protecção, não usando preservativo, podendo os seus parceiros ter partilhado os utensílios com outros que os possam ter infectado. Variados estudos indicam também que, por vezes, a mulher tem a iniciativa de usar o preservativo, no entanto, a resposta é comumente de violência, aliás muitos dos casos de V.I.H. em mulheres estão correlacionados com violência doméstica (Inácio, 2004).

Outra forma de contágio na mulher é quando esta se prostitui, para ter forma de consumir, não usando preservativo, muitas vezes, dependendo do grau de desespero para arranjar o dinheiro, submetendo-se às exigências do cliente. Segundo Inácio (2004), a utilização do preservativo é menor quando a mulher que se prostitui é utilizadora de drogas injectáveis.

Segundo Costa (1996), o toxicodependente ao tomar consciência da sua seropositividade irá, simultaneamente, ter que enfrentar estrondosas alterações tanto a nível psíquico, como a nível relacional. Irá ter dificuldade em arranjar um companheiro que aceite a sua condição e que consiga viver com tudo o que a doença implica, como o risco de contágio, a discriminação social e a morte precoce do companheiro. O seu estado dificilmente será ocultado a longo prazo, pois o indivíduo terá uma necessidade

asfixiante em partilhar esta angústia com alguém que lhe seja próximo, pois esta é impossível de ultrapassar estando só. Normalmente, as primeiras pessoas a saber são os familiares e depois os amigos mais próximos. Tem que se ter em conta que, por mais acompanhamento que haja, a seropositividade vai sempre trazer um grande sofrimento não só para o indivíduo infectado, como para toda a sua família, pois a partir do momento da notícia nada voltará a ser o mesmo e a presença da doença será uma constante na vida de todos eles.

Para Geismar-Wieviorka (1998) a S.I.D.A. traduz a obrigação de o indivíduo enfrentar as necessidades e os limites do próprio corpo, que fora sempre negligenciado e maltratado e que agora ameaça abandonar o indivíduo. A relação que o toxicodependente seropositivo tem com a temporalidade também será modificada, isto é, o indivíduo passará do sonho da imortalidade para a certeza da sua finitude, pois antes da doença vivia uma vida intemporal, sem passado nem futuro e depois dela depara-se com a sua própria mortalidade.

A primeira reacção, aquando da descoberta da infecção, é de extrema ansiedade, seguindo-se de uma negação com fins defensivos que só acabará quando o indivíduo se deixar deprimir e viver essa depressão. As drogas serão uns fiéis auxiliares à manutenção da negação, havendo alguns casos em que os indivíduos aumentam as doses, sendo este comportamento considerado como parassuicida. No entanto, muitos dos toxicodependentes quando recebem a notícia da sua seropositividade, rompem com os consumos, como se quisessem aproveitar a vida que lhes resta de uma melhor forma (Costa, 1996).

Obviamente, nestes casos, será crucial a intervenção psicológica (quer em indivíduos toxicodependentes, quer em não toxicodependentes), na qual o terapeuta deverá tentar amenizar o sofrimento do doente, correspondendo às suas necessidades individuais. De acordo com vários trabalhos, constatou-se que os factores psicológicos podem influenciar as funções imunitárias (Kiecoh-Glaser&Glaser, 1988, citados por Teixeira, 1993). A psico-neuro-imunologia procura estudar as relações entre o funcionamento psicológico e o sistema imunitário, relações essas mediadas pelo Sistema Nervoso Central e pelo Sistema Endócrino (Teixeira, 1993). Com a ajuda desta nova ciência cada vez mais se percebe que os factores psicossociais podem influenciar o estado imune dos V.I.H. positivos, pois constatou-se que indivíduos, seronegativos, deprimidos ou vítimas de grandes factores de stress sofrem de maior imunodepressão, comparativamente aos não deprimidos (Kavelaars&Heinjnén, 1999). O estudo da psico-

neuro-imunologia relativamente ao V.I.H.-S.I.D.A. parece representar um terreno importante e muito fértil para futuras investigações.

As pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida foram e continuam a ser discriminadas socialmente, sendo por isto imperativa a sensibilização por parte dos técnicos (pelo menos) que têm que lidar com esta população. Estes sujeitos necessitam de um apoio muito especializado para continuarem a viver adequadamente e para conseguirem viver sem medo, pois, apesar dos desenvolvimentos dos anti-retrovirais, a S.I.D.A. continua a ser uma doença fatal.

2. Metodologia Clínica

2.1. O Estudo de caso

O método privilegiado para este caso foi, como não poderia deixar de ser, o estudo de caso. Como razão prioritária para esta escolha encontra-se o facto de o tema estudado incluir a toxicodependência e, como foi dito, para a compreender ter-se-á que analisar cada caso individualmente, pois não é uma doença homogénea a todos os dependentes. Logo, um estudo mais quantitativo, aqui, não me fez sentido. Pois, tal como defende Leal (2000), o estudo de caso é a metodologia nobre da toxicodependência.

Segundo Yin (1984) este método é considerado como alvo de ataque pelos que o consideram a antítese da verdadeira pesquisa científica, vendo a subjectividade como algo negativo. No entanto, apesar de todas as críticas, este método persiste, continuando a ser muito requisitado pelos investigadores que pretendem apreender e compreender a individualidade de cada caso.

O estudo de caso permite um aprofundamento do que se pretende estudar, dando acesso a uma maior quantidade de material significativo, permitindo utilizar instrumentos de avaliação psicológica que irão complementar os aspectos relevantes da história do sujeito (Leal, 2000). Para garantir o rigor deste método, a entrevista clínica tem que ser bem conseguida e a escolha dos instrumentos complementares terá que ser cuidadosa e criteriosa.

3.2. A Entrevista Clínica

A entrevista clínica na psicologia tem como principal objectivo apreender e compreender o funcionamento psicológico do sujeito. Segundo Bénany&Chahraoui (2002) é *um dos melhores meios para aceder às representações subjectivas do sujeito* (p.16), ocupando o *lugar de eleição em psicologia clínica* (pág.17).

Este tipo de entrevista tem como referencial um quadro teórico específico, decorrendo segundo as técnicas que esse quadro privilegia. Na avaliação psicológica do sujeito, o mais correcto é uma entrevista de estudo de caso, pois tem como finalidade uma investigação (Leal, 2000).

A entrevista clínica eleita para este trabalho foi a semi-directiva, pois para compreender o funcionamento do sujeito, o facto de dirigir demasiadamente a entrevista iria impedir dados fieis à sua personalidade. Por outro lado, uma entrevista livre iria dispersar em demasia a entrevista, o que não seria aconselhável, uma vez que o objectivo desta é a investigação, logo foi considerado como fundamental, algum fio condutor.

4. Metodologia projectiva: Rorschach

Para compreender o funcionamento psíquico de um sujeito, a metodologia projectiva apresenta-se como crucial complemento à metodologia clínica.

Publicado, originalmente, em 1921 por Hermann Rorschach, este instrumento de avaliação é constituído por 10 pranchas, onde figuram manchas de tinta, aparentemente, sem algum significado. É pedido ao sujeito analisado que diga o que vê, estando aqui subjacente o pedido de que encontre uma aliança entre a percepção e a projecção do seu mundo interno.

Segundo Chabert (1998), este é um teste de natureza subjectiva que induz a *elaboração da percepção em função da sua relação com os objectos, fantasmas e afectos subentendidos nas palavras/imagens que ele vai dar* (p.31). O Rorschach permite, desta forma, aceder à natureza dos registos que dominam o funcionamento de cada sujeito, aquando o estabelecimento de um compromisso entre o seu mundo interno e a realidade externa. Através do símbolo e da palavra, cada sujeito expõe a sua dinâmica conflitual, a solução e a resposta. Sendo imprescindível a capacidade de simbolização.

Para uma boa compreensão da realidade psíquica do sujeito, a análise deverá focar os processos e percursos que irão levar à imagem rorschach e que ocorrem entre as pranchas. Para Marques&Aleixo (1994), a individualidade e singularidade do sujeito revela-se exactamente nestes passos.

O Rorschach foi considerado indicado para este estudo, pois a máxima prioridade foi encontrar a relação com os objectos, a qualidade dos fantasmas, o tipo de registo comportamental. Enfim, tudo o que este teste permite compreender.

5. ESTUDO DE CASO

5.1 Eva

A Eva tem 30 anos, é seropositiva e está grávida de 5 meses de uma menina. Está bastante bem apresentada e com bom aspecto. Chegou a horas à nossa sessão, coisa que não é comum neste tipo de população.

Comecei por falar com ela descontraidamente, de forma a pô-la confortável e à vontade. Expliquei-lhe o que é que iríamos fazer, agradeci-lhe pela cooperação, esclarecendo que o que ela me iria dizer será completamente confidencial.

A Eva nasceu de uma gravidez não planeada, mas, segundo ela, quando os pais descobriram ficaram contentes, logo, apesar de não planeada, tornou-se numa gravidez desejada. Tem uma irmã seis anos mais velha, com quem sempre manteve grande cumplicidade e amizade, *Sempre guardamos os segredos uma da outra e sempre nos ajudamos*, disse-me ela. O pai era alcoólico e extremamente violento com elas, tendo a mãe aqui um papel de submissão, nunca se tendo revoltado, vivendo sempre com ele até este falecer, há três anos. Já Eva diz que só lhe conseguiu fazer frente quando se meteu nas drogas.

Eva lembra-se de ser uma criança muito introvertida, sentia-se diferente de todas as outras crianças, sentia-se inferior. Justifica-me este sentimento com o facto de ter sido violada pelo tio, irmão do pai, aos seus sete anos, *Penso que deve ter sido por causa disso que me sentia desta forma*. Perguntei-lhe se ela na altura contou a alguém o abuso que tinha sofrido, ao que ela me respondeu que contou à mãe, só que esta quase que a obrigou a não contar a ninguém, dizendo-lhe que o assunto morria ali, naquele momento. *O que ela fez foi igual ao que fazia com o meu pai: nada. Eu até achei que aquilo era normal e que nada podia fazer para me revoltar, que a vida tinha mesmo destas coisas e eu tinha era que aceitar. Só que nunca aceitei e tive que conviver com ele até sair de casa, pois ele estava sempre lá. As coisas só se acalmaram quando comecei a consumir e já lhe conseguia fazer frente*.

Teve, em criança, *todas as doenças que se poderiam apanha*", como sarampo, hepatite A, entre outras, mas nenhuma delas necessitou de internamento.

Começou a faltar às aulas logo no 5º ano, nunca se sentiu motivada, nem se dava com ninguém na escola. Com 13 anos começou a fumar charros e foi também com esta idade que experimentou heroína, no 1º casamento da irmã, com o seu namorado na

altura, muito mais velho que ela. A partir daqui consumia heroína e cocaína de vez em quando, tornando-se estes um consumo habitual aos 16 anos, quando começou a trabalhar, tendo, então dinheiro, para sustentar os consumos. Aos 17 anos entra numa clínica de desintoxicação, mas sai passado uma semana (o tempo suposto seriam 6 meses), volta para a mesma clínica passado uns tempos, voltando a desistir quando faltavam dois meses para o fim do tratamento.

Aos 19 anos é posta fora de casa pelos pais, que estavam fartos da não recuperação de Eva. É nesta altura que Eva se começa a prostituir e acentua os consumos indo depois para um centro de acolhimento, começando a ser seguida no C.A.T. das Taipas (há 5 anos). Aos 20 anos descobre que está seropositiva, através de um teste de rotina. Ficou desesperada e assustada, só que hoje já se habituou. Não contou nada a ninguém, apenas contou à mãe e à irmã, passados uns anos, que, segundo Eva, acabaram por reagir melhor do que ela pensava, não a recusaram nem a afastaram, pelo contrário, acolheram-na.

Até agora Eva teve várias recaídas e internamentos, no entanto sentiu melhorias na comunidade terapêutica de Ares do Pinhal, *Senti que ali quem queria ser tratado, conseguia recuperar*. A sua última recaída foi há 7 meses. Desde aí não consumiu mais, estando neste momento a fazer 40 mg de metadona.

Descobriu que estava grávida, não devido à interrupção da menstruação, pois pensou que esta tinha sido devida à recaída, mas sim porque sentiu modificações no próprio corpo. Fez um teste de farmácia que deu positivo, mas como não tinha muita confiança neste tipo de testes, falou com a sua médica do C.A.T., a qual lhe propôs fazer outro teste com as enfermeiras da instituição, que também deu positivo. Quando foi à maternidade já estava grávida de 6 semanas. Ficou muito angustiada com esta gravidez, devido a ser seropositiva, advindo daqui múltiplos sentimentos de culpa, relativamente a poder vir a infectar o bebé e pensamentos contrafactuais, como: se não fosse seropositiva a gravidez seria melhor aceite. A Angústia foi provocada também pelo facto de na altura se ter separado do pai do bebé e não saber como lidar com esta situação sozinha. Bebeu imenso álcool, para amenizar a angústia, tentando negar a situação. No entanto, também, com a ajuda da terapeuta deixou estes consumos e começou a ver a gravidez como algo maravilhoso. Disse-me que gostou imenso de sentir as modificações corporais, sentir o bebé a crescer e acha fascinante sentir os pontapés na barriga. *Às vezes quando ela me dá pontapés, eu troco de posição e depois volto para a que estava para ver se ela volta a dar*, disse-me ela com um sorriso.

A sua postura faz jus à teoria, pois a Eva aparenta estar muito serena relativamente à sua gravidez, o que é comum acontecer no 2º trimestre.

Não imagina muito como será a sua filha, dizendo que a única coisa que espera é que ela seja parecida com ela e não com o pai. Eva separou-se do pai da filha por ele não a apoiar e a acompanhar na tentativa de abandonar os consumos. *Fartei-me, vi que ele não me merecia*. Ele está numa comunidade terapêutica há um mês, escreve-lhe cartas que transparecem a crença de que quando sair vai voltar para ela. No entanto, Eva está decidida a não voltar, aliás nem quer que ele participe na educação da filha, apesar de querer que ele a conheça. *Eu tenho-lhe respondido às cartas e digo-lhe que não vamos voltar, mas como ele ainda está no primeiro mês do tratamento não pode receber notícias de fora. Mas depois quando ler fica tudo resolvido*.

A Eva e a mãe já compraram imensas coisas para a filha, para que não lhe falte nada quando nascer. A relação com a mãe, segundo Eva, está agora mais fortalecida que nunca. Acrescenta ainda que hoje se sente uma pessoa normal, *Estou a trabalhar e vivo sozinha. Eu nunca tinha conseguido viver sozinha! Só desde que descobri que estou grávida é que tenho força para fazer certas coisas, que nunca pensei conseguir fazer!*

Relativamente às alterações próprias da gravidez, segundo Eva, foram vividas normalmente, sem grandes perturbações no nível alimentar e funcionamento onírico. O mais difícil foi aceitar a gravidez e viver a ambivalência inicial, pois como já tinha referido, no início da gravidez, Eva bebeu muito álcool devido às angústias vividas e provocadas pela culpabilidade. De resto, alguns dos acontecimentos positivos que ocorrem na gravidez estão a ser vividos, como a reunião familiar, pois desde que está grávida tem estado muito com a mãe e com a irmã. Acima de tudo, nota-se por parte dela uma enorme vontade e concretização de tal em readaptar e reestruturar a sua própria identidade para a de uma mãe adulta e responsável. É também habitual nesta fase da gravidez o medo do parto, medo este que na situação de Eva ainda tem uma maior conotação, pois o parto de uma mulher seropositiva pode ser perigoso, tanto para a mãe, como para o bebé, sendo por isto que é costume ser feito por cesariana. Felizmente a carga viral de Eva está praticamente indetectável e o parto até poderia ser feito de forma natural, no entanto, ela prefere que seja por cesariana, para evitar mais angústias e porque, *Eu prefiro assim, é melhor prevenir...*

No fim da nossa conversa disse-lhe que iríamos fazer o tal teste que já lhe tinha falado. Eva olhou para mim, sorriu e disse-me:

- Sabe, eu adorava ter tirado o curso de psicologia, acho que é uma profissão muito bonita e que deve fazer com que nos sintamos realizadas...

- Então porquê – perguntei-lhe.

- Porque podemos ajudar os outros.

- Pois, mas por vezes o mais importante é conseguirmos ajudar-nos a nós próprios, não concorda?

- Pois, se calhar... Vamos então fazer o teste?

5.2. Análise do Psicograma:

1) Produtividade e Tempo:

A produção de respostas dadas encontra-se dentro da norma (31), bem como o tempo utilizado para a duração da prova (19 minutos). O tempo de latência médio corresponde a dois segundos, no entanto é de extrema importância salientar que tal tempo foi utilizado apenas nas duas primeiras pranchas (tendo sido 17" na prancha II), deixando de existir a partir da prancha III. A razão desta distribuição do tempo de latência poderá avaliar-se como uma espécie de choque à prancha I, o que leva o sujeito a temer a projecção na prancha II, havendo uma consequente fuga para a frente a partir desta última. O tempo dado por resposta (59") é ligeiramente curto e uniforme em todas as pranchas, o que leva a reflectir sobre o possível medo em prolongar-se a contemplar as pranchas.

2) Modos de Apreensão:

A percentagem das localizações apresenta-se dentro do convencional, excepto a do tipo de localização Gbl/DbI, que se apresenta bastante acima da média. Este modo de apreensão é apresentado como resposta final em várias pranchas, como uma fuga para o vazio, interpretando-se esta como idêntica ao funcionamento deste sujeito, isto é, face a alguma angústia, refugia-se na droga, um Gbl na vida real.

É só apresentada uma grande cinestesia (K), sendo as pequenas: 2 Kp e 1 kan. O sujeito tenta restringir-se demasiado ao carácter estático do cartão, mantendo-se mais no conteúdo perceptivo do que no projectivo.

Em todas as respostas, 5 são cotadas como banalidades, tendo estas uma conotação defensiva.

3) Os Determinantes:

O F% mostra uma boa adaptação do sujeito à realidade, adaptação esta sentida como uma defesa à projecção, isto é, enquanto o sujeito se mantiver apegado ao que é facilmente perceptível, não se deixará angustiar pelo seu mundo interno.

As respostas cor são reduzidas (3), sendo ainda menos as respostas esbatimento (0,5), o que mostra que o sujeito apresenta um pólo sensorial pouco representado, numa dimensão algo introversiva e rígida.

4) Conteúdos:

Os conteúdos oferecidos pelo sujeito são, ligeiramente, diversificados: A=16, Ad=3, H=2, Hd=3; Bio=1, Anat.=3, Bot.=1.

O primeiro aspecto que chama mais a atenção é a predominância das respostas Animal, relativamente às respostas Humanas. A justificação sentida não é uma simples imaturidade, mas sim uma insistente defesa por via da infantilização, de forma a evitar conteúdos violentos e angustiantes.

Os conteúdos anatómicos demonstram uma carga de angústia muito forte, sendo por isto que, quase todos são seguidos de um conteúdo animal.

5. Dados Qualitativos:

Durante toda a prova o sujeito manteve um discurso claro, sem comentários ou críticas, exceptuando dois comentários, um feito no fim da prancha IV, *Quem é que teria feito estes desenhos? Será que o nome deste teste é o nome do homem que as inventou?*. Este comentário foi feito a seguir a uma resposta Dbl, resposta essa que o deve ter deixado pouco confortável. O segundo, na prancha IX, *Este está muito confuso*, devido à multiplicação das cores, o que torna complicado a percepção e também devido ao carácter regressivo da prancha.

O sujeito nunca manipulou nenhum cartão, nem o virou, limitando-se a olhar na posição que eu o coloquei. Sente-se, assim, uma atitude defensiva, caracterizando-se como pouco exploratória e passiva.

5.3. Análise Qualitativa

Cartão I – *Dois porquinhos aqui.*. “*Um insecto qualquer.*”

Inquérito – *Os porquinhos estão aqui nesta parte de cima e dos lados.*

Uma vez que este cartão traduz a forma como o sujeito lida com novas situações e reage ao “aqui e agora”, a primeira resposta (“Dois porquinhos”) transparece uma certa infantilização, não só pela categoria escolhida, como também pelo diminutivo usado. Talvez tenha querido dar uma resposta bonita para fugir do “insecto qualquer” que viu, mas que lhe causou alguma angústia. Pois, é de notar que o tempo de latência foi de 9 segundos, por norma não muito grande, no entanto, comparado com os restantes cartões, é bastante superior à maioria. Assim, este tempo de latência pode ter sido usado para encontrar os porquinhos.

Outra temática aqui subjacente é a da imago materna, isto é, este cartão pode também apelar à primeira relação com o primeiro objecto. Nota-se que o sujeito sente alguma angústia relativamente a este cartão, angústia essa que tenta defender com a infantilização, acima referida. No entanto, tal defesa não funciona, dando por fim a resposta, “Um insecto qualquer”. A angústia parece ser tanta que o sujeito não ousa prolongar-se mais a contemplar o cartão de forma a especificar o insecto.

Cartão II – *Dois bichos com bico a darem as mãos.*

Uma borboleta.

A cara de uma caveira.

Inquérito – *As cabeças são as partes vermelhas.*

A borboleta é nesta parte vermelha em baixo.

A caveira, aqui os olhos o nariz...

Antes de mais é de frisar que este foi o cartão com maior tempo de latência, talvez pela angústia causada pelo primeiro, ou também pela introdução da cor vermelha que remete para temas da sexualidade ou de agressividade, com os quais o sujeito aparenta ter alguma dificuldade em lidar. Na primeira resposta engloba o vermelho no corpo dos bichos, resposta considerada como quase uma banalidade. No entanto, mais uma vez, não especifica, nem nomeia o que vê. É possível que o vermelho lhe tenha, também, causado alguma angústia, porque, apesar de dar a resposta “Uma borboleta”, logo a seguir vê uma caveira, na parte branca, isto é, nota-se aqui, uma vez mais, uma defesa que não funciona, puxando-a para a resposta mais mórbida, que é vista no vazio. Nota-se, assim, um registo idêntico ao do cartão anterior: Porquinhos – bicho qualquer; borboleta – caveira.

Talvez aqui se possa desvendar (com base também na sua história pessoal) uma perturbação ligada à agressividade e à sexualidade, pois a resposta é deslocada do vermelho para o Gbl, para o vazio.

Outra questão que também pode ser analisada é a dinâmica relacional (sendo esta uma prancha relacional) deste sujeito, através da sequência das respostas: dar as mãos, borboleta, caveira; porquinhos, insecto qualquer (no cartão anterior). Denota-se, talvez uma certa idealização, com uma conseqüente forte desilusão e, também, uma tentativa por parte do sujeito em criar uma relação, no entanto, os bichos têm bicos, podendo ser perigosos, o que transparece algum medo relativamente à relação.

Cartão III – *Duas pessoas.*

Dois rins.

Borboletas.

Uma boca a rir.

Inquérito – *Os rins são as partes vermelhas de lado.*

Aqui uma borboleta na parte vermelha aqui do meio e outra em baixo dela, a preto

A boca está nesta parte branca de baixo.

A partir desta prancha o sujeito deixa de dar tempo de latência.

Vê duas pessoas, mas não define o sexo de cada uma delas, ou seja, novamente a não especificação das personagens, transparecendo a dificuldade em permanecer no contacto com aquilo que sente ao olhar para as pranchas. Mais uma vez vê na cor vermelha uma borboleta, aqui novamente a fuga e a defesa contra os afectos mais primitivos (a banalidade defensiva puxa o sujeito para a cor vermelha). Termina com a deslocação para o branco, para o vazio, tal como na prancha anterior, vendo uma cara a rir, parecendo mais do que um sorriso acolhedor, um riso sádico, sem sentimento ou mesmo, qualquer coisa de persecutória.

O que se conclui neste cartão, tal como no anterior, é que a sua tentativa de suavizar a angústia com algo bonito e libertador, como uma borboleta, é, tragicamente, rompida com a presença do vazio. Sendo este cartão, tal como o anterior, um cartão relacional, repara-se que, para o sujeito, não existe possibilidade de relação.

Cartão IV – *Uma pele de urso.*

Um bicho com umas orelhas.

Aqueles tapetes dos tigres.

E aqui dois homenzitos, duas caras. Quem é que teria feito estes desenhos? Será que o nome deste teste é o nome do homem que os inventou?

Inquérito – Os homens estão aqui nestas partes brancas, de costas um para o outro.

Neste cartão o sujeito responde-me com banalidades, notando uma adaptação à realidade, ou talvez, uma submissão à percepção, uma vez que este cartão remete para a figura paternal, com a qual o sujeito nunca manteve uma boa relação. Mas tais banalidades têm, novamente, um desfecho de falha do modo defensivo, direccionando-se o sujeito para o branco, onde vê dois *homenzitos* de costas um para o outro. Não consegue fugir do sexo oposto, vendo logo os dois homens que lhe causam angústia e desprezo (*homenzitos*): o pai e o tio.

Cartão V – *Uma borboleta.*

Duas cabeças de corcodilo.

Dois homens de barbas

Penso que neste cartão não há muito a analisar, pois as respostas mostram uma boa adaptação à realidade, podendo estas banalidades representar um modo defensivo de reagir.

Cartão VI – *Outra pele esticada, mas esta parece de um gato, aquele dos desenhos animados.* (risos).

Aqui em baixo parece os ferrões de um insecto.

Estando este cartão muito carregado de conotações sexuais, tanto femininas como masculinas, sendo a parte superior uma imposição fálica e a parte inferior mais ligada aos genitais femininos, o sujeito mostra, novamente, desprezo pelo sexo oposto, pois na parte considerada fálica vê um gato dos desenhos animados, parecendo menosprezar e infantilizar a sexualidade do homem. Relativamente a ver ferrões de um insecto na parte conotada como genital, pode querer dizer que existe no sujeito uma agressividade sentida no órgão sexual feminino, num registo quase sadomasochista, ou de vingança.

Cartão VII – *Dois coelhos com cara de pessoa.*

Um insecto tipo escaravelho, sei lá.

Inquérito – *O escaravelho está no meio.*

Aqui verifica-se um registo idêntico ao usado no 1º cartão, isto é, o sujeito numa primeira etapa vê coelhos com cara de pessoa, o que traduz uma certa infantilização, no entanto, numa segunda etapa vê um escaravelho, bicho não tão amistoso como um coelho, carregado, talvez, de alguma angústia, uma vez que o vê no Dbl, algo que se torna numa constante neste protocolo.

É de extrema importância frisar que este cartão, bem como o 1º, têm como temática subjacente, a representação materna, pondo assim a hipótese de o sujeito ter sofrido de alguma ambivalência do objecto.

Cartão VIII – *Aqui vejo bichos, aqueles dragões...ai...dragões é o nome deles, aqueles lagartos.*

Uma borboleta.

Aqui outra, só que maior.

Um pássaro.

Inquérito – *A primeira borboleta é aqui no branco, entre os verdes. A outra é nesta parte vermelha e laranja e o pássaro é aqui no branco, no meio.*

Esta prancha remete, essencialmente, para os afectos mais regressivos, sendo assim, o sujeito primeiro vê lagartos, para depois ver as borboletas, que amenizam a sua angústia em todos os cartões, sendo no fim, novamente, puxada para o branco, o vazio.

Cartão IX – *Dois mariscos, daquelas coisas do mar, que têm estas coisas.*

Uma bacia, mas do corpo humano. Este está confuso...

Pode ser também uma borboleta.

Inquérito – *Os mariscos, na parte laranja. A bacia na parte cor-de-rosa e a borboleta na parte verde.*

R.A. – *Aqui também está um insecto no meio, com os olhos e as tenazes.*

Neste cartão a solicitação à regressão é dominante, em que as posições regressivas reenviam para um simbolismo materno pré-genital. Nota-se que o sujeito se tenta defender, dando respostas ligadas mais ao conteúdo manifesto, como os mariscos, que estão relacionados com a cor e a borboleta (animal constante neste protocolo), que parece simbolizar uma certa fuga para algo mais harmonioso, comparativamente com o que a prancha o faz sentir. A bacia, pode ser conotada como uma certa preocupação com o interior do seu corpo, mas logo ignora tal preocupação vendo uma borboleta.

A angústia neste cartão é resistente, pois no inquérito o sujeito dá-nos uma resposta adicional, *Um insecto no meio, com os olhos e as tenazes*, não tão pacífico como a borboleta.

Cartão X – *Dois insectozinhos com chifrezinhos.*

Algas.

Flores.

E aqui, os peitos de uma senhora.

Inquérito – *Os insectos, estão no cinzento cá em cima. As algas, os azuis. As flores os amarelos. Os peitos são os amarelos com pintas laranja.*

Penso que neste cartão o sujeito não se esforça para dar muitas respostas, pois muitos aspectos foram, por este, desprezados. Dá poucas respostas, contrariamente ao que é esperado, pois devido à diversidade de cores é esperado um aglomerado de respostas. Talvez como este cartão é o último o sujeito não se tenha querido prolongar, devido a alguma ansiedade em terminar esta prova.

6. Discussão dos resultados:

Não existe nada na história de vida de Eva que não esteja representado no Rorschach, que, por sua vez, serviu de uma ilustração riquíssima do seu mundo interior.

A relação com a figura paterna é interpretada no rorschach como angustiante e desprezante, pois, na realidade, Eva caracteriza o pai, como sendo, apenas, um homem violento e alcoólico, que, ainda por cima, é irmão do homem que a violou. A falta deste pai foi marcante para ela, pois nunca teve nenhum apoio masculino, nenhuma figura de protecção, olhando, desde sempre, o sexo oposto com desprezo e amargura.

Relativamente à figura materna, nota-se uma forte ambivalência e também angústia. Tais sentimentos levam a pensar que a relação que Eva teve com a mãe foi, desde sempre, de uma idealização, com uma, conseqüente, trágica desilusão. A mãe não deverá ter sido contentora, mas apenas funcional. Como exemplo crucial apresenta-se a sua reacção à violação de Eva.

A violação também aparece ilustrada nesta prova, pois o maior tempo de latência foi dado no cartão II, onde é introduzido o vermelho, carregado de conotações sexuais, ao qual Eva tenta responder com banalidades. É, também, representada quando infantiliza e menospreza o cartão fálico. Mas, o choque ao vermelho também faz pensar no problema que o sujeito tem relativamente à agressividade, pois, tal como diz, só conseguiu fazer frente ao pai quando se meteu nas drogas, tendo estas, um papel de muleta para transportar este sentimento incapaz.

O recorrer à droga por parte de Eva, cada vez que algo a angustiava, é apresentado no Rorschach através das respostas Gbl e Dbl. Isto é, a dificuldade em enfrentar a agressividade e a falta de recursos para lidar com os obstáculos, levaram-na a procurar ajuda na droga, que é, nada mais, nada menos, que o auge do seu vazio. No Rorschach, como é esperado, o registo é o mesmo: tenta defender-se do que a angustia, mostrando as banalidades e infantilizações defensivas, no entanto, dando-se a falha destas, Eva é, brutalmente, puxada para o vazio.

O V.I.H. é representado pelas respostas anatómicas, que transparecem a preocupação com o interior do seu corpo, mas é ainda mais lúcido no cartão VI, em que Eva, na parte conotada como genital, vê ferrões de um insecto. Ou seja, sente a parte por onde foi infectada (e por onde pode infectar) como maléfica e perigosa.

A Gravidez e o modo como tem enfrentado a vida, nota-se na forte tentativa de se apegar apenas ao conteúdo manifesto e nas banalidades apresentadas.

7. Conclusões e Considerações Finais

O tema deste trabalho é *Adaptação à Vida*, pois a principal conclusão tirada do estudo de caso é que o sujeito tem como máxima prioridade adaptar-se ao seu novo papel de mãe, aproveitando a vida que a rodeia, apesar de todo o drama vivido anteriormente e da trágica doença que a vai acompanhar ao longo da sua existência.

Relativamente à história de vida do sujeito, conclui-se que a teoria existente sobre a mulher toxicod dependente e sobre a mulher toxicod dependente grávida vai ao encontro deste este caso:

A relação estabelecida com o pai (ou falta dela) é comum neste tipo de população: pai hostil, alcoólico, que priva a filha do sentimento de protecção e carinho, proporcionando apenas um sentimento de falta de cuidados e desprezo pela figura paterna, com conseqüente menosprezo pela figura masculina no geral.

Muitas das mulheres toxicod dependentes foram violadas na infância ou adolescência, tal como Eva, o que vai minar a sua auto-estima e auto-conceito, principalmente quando têm que viver este trauma sem nenhum apoio e sem que se faça justiça, como foi este caso. Tal experiência proporcionou a que Eva não tenha aprendido a ter o direito de se revoltar conscientemente e de se proteger de forma adequada.

As mães destas mulheres são, na sua maioria, instáveis e não securizantes, transmitindo às filhas um grande vazio afectivo. Tal descrição corresponde, claramente, à mãe de Eva que nunca a protegeu, nem mesmo quando esta foi violada, transmitindo-lhe a ideia de que nada poderia ser feito relativamente ao mau trato. A forma como Eva sente a mãe é claramente vista no Rorschach, onde se repara numa tentativa de harmonizar a relação, que é rompida pela angústia ou pela inevitável presença do vazio. Este tipo de figuras e representações parentais é considerado um factor preponderante para o *nascimento* de uma mulher que não sabe lidar com a agressividade contida dentro de si e com o vazio que a sufoca, procurando uma solução em algo que não a vai desiludir, pois não existe possibilidade de desilusão: a droga.

A droga vai camuflar o sentimento de inferioridade e incapacidade sentida por esta mulher. Sobre o efeito da droga o consumidor não vai ter receio de enfrentar o medo, pois não irá temer as reacções alheias nem as conseqüências dos seus actos (*mas quando me meti nas drogas já lhe conseguia fazer frente*). Irá obter uma satisfação

imediate do preenchimento ilusório do vazio. Mas, também, com esta substância vai ficar mais vulnerável a tragédias próprias da ilusão da onipotência.

Quando a dependência já é elevada, todos os meios para arranjar forma de comprar droga são viáveis e muitas mulheres enredam pela prostituição. Dependendo de diversos factores, muitas vezes, têm relações sexuais desprotegidas, podendo contrair doenças sexualmente transmissíveis como o V.I.H. Outra forma de se infectarem é quando partilham os instrumentos de preparação e utilização das drogas consumidas por via endovenosa, muitas vezes com os parceiros que podem estar infectados *a priori*. E assim podem contrair o Vírus da Imunodeficiência Adquirida, como foi o caso de Eva.

A partir do momento que recebe a notícia de que é seropositivo, o toxicodependente vai ter que mudar, inevitavelmente, a sua vida, pois passou da ilusão da intemporalidade para a certeza da sua finitude. Esta notícia será difícil de guardar, o que faz com que seja partilhada aos familiares mais próximos, no caso de Eva, a mãe e a irmã.

Mas, como é que a mulher reagirá se descobrir que, no meio de todos estes factores, está grávida? Se para uma mulher que é apenas toxicodependente é particularmente complicado, pior será para uma mulher, toxicodependente e seropositiva. Numa gravidez dita normal, quando a mulher descobre que está grávida poderá sofrer de alguma ambivalência relativamente à gravidez, que se pode traduzir pelas náuseas e vómitos. Na mulher toxicodependente, tal ambivalência pode levar ao aumento dos consumos, para amenizar a angústia e a culpabilidade. Eva consumiu álcool no início da gravidez, para ela a culpabilidade não se devia só aos consumos, como também à sua fatal doença. No entanto, a gravidez pode funcionar no sentido de um impulso de a mulher se querer curar e dedicar-se exclusivamente a esta criança mágica, que lhe veio rerepresentar a vida. Tal impulso foi sentido por Eva, pois, após ultrapassada a angústia inicial, aprendeu a olhar esta criança como uma dádiva de algo que ela nem se lembrava que existia: uma nova vida, dentro de si.

A criança, assim, tal como afirmam os especialistas, é a razão da tentativa de viver a vida que resta à toxicodependente, é uma razão para que esta deixe de consumir e um contributo para o crescimento psicológico e da autonomia da mulher. Com a contribuição do desenvolvimento científico, a gravidez da toxicodependente pode ser cuidadosamente controlada por meio dos tratamentos de substituição opiácea e a transmissão do V.I.H. para o bebé pode ser evitada através da inibição da amamentação, uma vez que a transmissão vertical é muito rara.

Assim, poderá existir uma gravidez perto do considerado normal numa mulher toxicodependente seropositiva. No entanto, é de crucial importância o acompanhamento terapêutico, pois as *feridas* da mulher irão permanecer, tendo que ser pensadas numa aliança empática, contentora e coerente, o que pode contribuir também para a diminuição da carga viral da seropositiva, como o caso de Eva.

Este tema da gravidez, toxicodependência e seropositividade é pouco abordado, juntamente, em termos psicológicos. Isto é, existe muita literatura sobre a toxicodependência, alguma sobre a gravidez e toxicodependência e muito pouca sobre a gravidez na toxicodependência e seropositividade. Penso que poderiam ser estudados muitos aspectos interessantes que percorram simultaneamente estes três temas, como: o impacto da gravidez não só na toxicodependência como também na seropositividade; as adaptações psicológicas à gravidez, por parte da mulher toxicodependente seropositiva; o apoio adequado a mulheres nestas condições; o que acontece, em termos psicológicos e interpessoais, após o nascimento destas crianças.

Uma conclusão que se impõe na realização deste trabalho é que quando se fala neste tema os assuntos mais abordados estão relacionados mais com o bebé, do que com a mãe, o que é compreensível, pois o primeiro pensamento direcciona-se para um ser inocente que cresce dentro de uma mãe pouco saudável, que não soube cuidar de si e que, dificilmente, será capaz de cuidar de um bebé. No entanto, penso que na psicologia se deve olhar todos os seres humanos e tentar compreendê-los, nos seus actos menos bons, ou mesmo, nos muito maus, principalmente quando a agressão é totalmente virada para o próprio.

Na minha opinião, não é correcto punir uma mulher toxicodependente e seropositiva que queira ter um filho, pois, por um lado, são vários os casos em que estas deixam de consumir, por outro, não somos ninguém para dizer que outrem não tem o direito de ter um filho, pois, como é do sendo comum, existem muitas mães que, apesar de não serem nem seropositivas, nem ex-toxicodependentes, não conseguiram criar adequadamente os filhos. Mesmo assim, não se pode menosprezar as complicações e precauções especiais que estas gravidezes implicam, mas, por isto mesmo, é que

deveria ser cada vez mais especializado o tratamento e acompanhamento a estas mulheres que desejam adaptar-se à vida.

Referências Bibliográficas:

Angel, P. (2000/2002), *Toxicomanias*, Lisboa, Climepsi.

Bénany, H., Chahraoui, K. (2002), *A entrevista Clínica*, Lisboa, Climepsi.

Bergeret, J. (1984), La personnalité du toxicomane. In J. Bergeret, *Précis des toxicomanies*, Paris: Masson, pp. 63-76.

Biscaia, J., et al. (1997), Gravidez e Toxicodependência, in Ed. Sá (org.), *A Maternidade e o bebé*, Lisboa: Fim de Século, pp.97-103.

Câmara, J. (1989), *Therapy for addictions*. Proceedings of the 1st International Congress on Public Health and Sanitary Protection of the Population held in Funchal, Madeira, "Public Health and Protection of the Population.", New York: Elsevier Science Publishers, pp.149-155.

Câmara, J. (1992), Mulher toxicodependente e a prostituição. *Colectânea de Textos das Taipas*, Lisboa: Centro das Taipas, pp.157-159.

Canavarro, M. C. (2001), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, Coimbra: Quarteto.

Cancrini, L., et al. (1985), Drug addiction among young people: a study of typology. In *Bulletin of Narcotics*, XXXVII, 2&3, University of Rome: Psychiatry Institute.

- Cardinal, N. (1984), La femme et la toxicomanie. In J. Bergeret, *Précis des Toxicomanies*, Paris: Masson, pp.201-206.
- Charles-Nicolas, A. (1991), Toxicomanias e a patologia do narcisismo. In J. Bergeret, & W. Reid (Eds.) *Narcisismo e Estados-Limite*, Lisboa: Escher, pp.163-179.
- Coimbra de Matos, A. (2001), *A Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu Sentido*, Lisboa: Climepsi.
- Cotralha, N. R. (2007), *Adaptação Psicológica à Gravidez em Mulheres Toxicodependentes*, Lisboa: Dinalivro.
- Costa, A. (1996), Toxicodependência, S.I.D.A. e Família. *Colectânea de Textos das Taipas*, VIII, Lisboa: Centro das Taipas, pp.92-99.
- Costa, A. (1997), Toxicodependência e V.I.H.: Soluções diferentes para casos diferentes. *Colectânea de Textos das Taipas*, IX, Lisboa: Centro das Taipas, pp. 74-82.
- Costa, F. (2001). In C. Canavarro *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*.Coimbra: Quarteto.

Dias, C. A. (1980), *Influência relativa dos factores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano, demografia das toxicomanias (Tese de Doutoramento)*, Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Freud, S. (1939/2001), *O Mal-Estar na Civilização*, Rio de Janeiro: Imago

Geismar-Wieviorka, S. (1998), *Nem todos os toxicómanos são incuráveis*, Lisboa: Terramar.

Guerreiro, C. (2001), Reflexões sobre a mulher toxicodependente e a gravidez. In

Frazão et al., *A Mulher Toxicodependente e o Planeamento Familiar, a Gravidez e a Maternidade*, Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, pp.99-114.

Inácio, L. (2004), *Comportamentos de Risco Numa Amostra de Toxicodependentes*

Inseridos em Programa de Manutenção Opiácea, Portadores de VIH/SIDA, Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Kavelaars, A., Heinjnen, C. (1999), *Psychoneuroimmunology and Autoimmune Diseases*.

In M. Schedlowsky, U. Tewes, *Psychoneuroimmunology: an interdisciplinary introduction*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Kohut, H. (1971), *The analysis of the self*, New York: Int. Univ. Press.

Leal, I. (2000), *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. Lisboa: Ispa.

Lowenstein, et al. (1995/1998), *Metadona e os tratamentos de substituição*, Lisboa:

Climepsi.

Maldonado, M. T. (1981), *Psicologia da Gravidez*, Petrópolis: Vozes.

Marcelino, M. C. (1992), A Mulher Toxicodependente (consequências da Toxicodependência). *Colectânea de Textos da Taipas*, IV, Lisboa: Centro das Taipas, IV, pp.161-168.

Marques, M.E.&Aleixo, P. (1994), Rorschach e a revelação do trabalho de ligação e de Transformação do interno e do externo. *Análise Psicológica*, 4, XII, pp.459-462.

Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B. (1977/1998), *Cuidados ao Toxicodependente*, Lisboa: Climespi.

Mortalla, T. (1999), Adictos, familias y sistemas de intervención. *Toxicodependências*, Ano 2, I, Lisboa: SPTT, pp.67-73.

Pàges-Berthier, J. (2000/2002), Personalidade e Toxicomania: abordagem psicanalítica. In P. Angel, et al., *Toxicomanias*, Lisboa: Climepsi.

Pimenta, M. (1997), A Toxicodependência na mulher: gravidez, parto e puerpério. *Toxicodependências*, Ano 3, I, Lisboa: SPTT, pp. 67-73.

Reis, T. N., Barros, M. (1991), Relação de ajuda a grávidas toxicodependentes. *Colectânea de Textos da Taipas*, pp.169-179.

Rosenfeld, H. (1960), On drugs addiction. *International Journal of Psycho-analysis*, 41, 4/5, pp. 467-475.

Sequeira, J.P. (2006), *As Origens Psicológicas da Toxicomania*, Lisboa: Climepsi.

Straub, R. (2005), *Psicologia da Saúde*, Porto Alegre: ArtMed.

Teixeira, J. C. (1993), *Psicologia da Saúde e Sida*, Lisboa: Ispa.

Winnicott, D. W. (1951), Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In D. W. Winnicott (Ed.) *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris: Payot, pp. 98-108.

Winnicott, D. W. (1956), La preoccupation maternelle primaire. In D. W. Winnicott (Ed.) *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris: Payot, pp.98-108.

Yin, R. (1984). *Case Study Research*. Beverly Hills: SAGE Publication.

Anexo 1

Nome: _____ Eva _____
Idade: 30 _____

Hora de início: 10:55

<p>Cartão I</p> <p>Tempo de latência: 9''</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Dois porquinhos aqui.2. Um insecto qualquer	<p>Aqui nesta parte de cima e de lado, só as cabeças.</p>	<p>DF- Ad</p> <p>GF+/- A</p>
<p>Cartão II</p> <p>Tempo de latência: 17''</p>	<ol style="list-style-type: none">3. Dois bichos com bico a darem as mãos4. Uma borboleta5. A cara de uma caveira	<p>As cabeças são estas partes vermelhas (vermelhos superior)</p> <p>Neste vermelho aqui. (vermelho inferior)</p> <p>Parte branca do meio e de cima.</p>	<p>G Kan A</p> <p>DF+ A</p> <p>Gbl F+ Anat.</p>

<p>Cartão III</p> <p>Tempo de latência:0''</p>	<p>6. Aqui são duas pessoas</p> <p>7. Dois rins</p> <p>8. Borboletas</p> <p>9. Uma boca a rir</p>	<p>São os vermelhos de lado. O vermelho e o preto</p> <p>A parte branca</p> <p>R.A.: Aqui também poderiam ser as asas de uma borboleta. (Branco lateral).</p>	<p>G K H Ban</p> <p>DFC Anat.</p> <p>DF+ A Ban DF- A</p> <p>Dbl kp Hd</p> <p>Dbl F- Ad</p>
<p>Cartão IV</p> <p>Tempo de latência:0''</p>	<p>10. Isto é a pele de um urso.</p> <p>11. Aqui um bicho com umas orelhas.</p> <p>12. Isto parece-me aquelas peles dos tigres.</p> <p>13. Dois homenzitos, duas caras.</p> <p>Quem é que teria feito estes desenhos? Será que o nome deste teste é o nome do homem que as inventou?</p>	<p>Nas partes laterais.</p> <p>Aqui, estão de costas um para o outro. (Dbl interior).</p>	<p>GFE A Ban</p> <p>GF+/- A</p> <p>Dbl Kp H</p>

<p>Cartão V</p> <p>Tempo de latência:0''</p>	<p>14. Uma borboleta.</p> <p>15. Duas cabeças de crocodilo.</p> <p>16. Dois homens de barbas.</p>	<p>Nas partes laterais</p> <p>(Nas asas da borboleta).</p>	<p>GF+ A Ban</p> <p>DF+ Ad</p> <p>DF+ Hd</p>
<p>Cartão VI</p> <p>Tempo de latência:0''</p>	<p>17. Outra pele esticada, mas esta parece de um gato, aquele dos desenhos animados. (risos)</p> <p>18. Ferrões do insecto.</p>	<p>De em gato, por causa dos bigodes.</p> <p>Na parte inferior.</p>	<p>D/G F+ A Ban</p> <p>Dd F+ Ad</p>

<p>Cartão VII</p> <p>Tempo de Latência:0''</p>	<p>19. Dois coelhos com cara de pessoa.</p> <p>20. Um insecto, tipo escaravelho, sei lá.</p>	<p>Gbl</p>	<p>DF+ A</p> <p>Gbl F+ A</p>
<p>Cartão VIII</p> <p>Tempo de latência:0''</p>	<p>21. Aqui vejo bichos, aqueles dragões...ai... dragões é o nome deles...aqueles lagartos.</p> <p>22. Uma borboleta.</p> <p>23. Aqui outra borboleta, só que maior.</p> <p>24. Um pássaro.</p>	<p>Rosa</p> <p>Branco médio superior.</p> <p>Vermelho e laranja</p> <p>Branco médio</p>	<p>DF+ A</p> <p>DdF- A</p> <p>DF+ A</p> <p>Dbl F- A</p>

<p>Cartão IX</p> <p>Tempo de latência:0''</p>	<p>25. Dois mariscos, daquelas coisas do mar, que têm estas coisas.</p> <p>26. Uma bacia, mas do corpo humano.</p> <p>Este está confuso.</p> <p>27. Pode ser também uma borboleta.</p>	<p>Na parte laranja.</p> <p>Na parte cor-de-rosa.</p> <p>Na parte verde.</p> <p>R.A.: Aqui também está um insecto no meio, com os olhos e as tenazes.</p>	<p>DFE A</p> <p>DF+ Anat.</p> <p>DF- A</p> <p>Dbl F- A</p>
<p>Cartão X</p> <p>Tempo de latência:0''</p>	<p>28. Dois insectozinhos, com chifrezinhos.</p> <p>29. Algas.</p> <p>30. Flores.</p> <p>31. E aqui os peitos de uma senhora.</p>	<p>Cinzentos superiores.</p> <p>Azuis.</p> <p>Amarelos.</p> <p>Amarelo com pintas laranja.</p>	<p>D F+ A</p> <p>DF+/- Bio</p> <p>D CF Bot.</p> <p>DF- Hd</p>

- + I, porque achou piada.
- + VIII, pelos lagartos e por ser colorido.
- + VI, não sabe porquê.

- VII, por ser demasiado simples.
- X, por ser confuso.
- IX, por ser um bocado esquisito.

Hora fim: 11:14

Anexo 2

PSICOGRAMA- Eva

R- 31	G- 8	$\Sigma F=24$	A-16	F% - 77,4%
Recusa- 0	D- 18	F+= 11	Ad-3	F+% - 50%
Tempo tot.- 19'	Dd- 3	F- = 3	H-2	Fa% - 96,8%
Temp./Resp- 59"	Dbl- 3	F+/-= 2	Hd-3	F+%a - 33,1%
Temp. lat. Med.- 2"	Do- 0			
		K-1	Bio-1	A% - 61,3%
		Kp-2	Anat.-3	H% - 16,1%
		Kan-1	Bot.-1	
		Kob-0		Ban - 5
		FC-2		
		CF-1		
		C-0		
		FE-1		
		EF-0		
		E-0		
		F Clob-0		
		Clob F-0		
		Clob-0		

Sucessão – D, G, Dd Gbl

T. Apreensão – G-D-Dd-Dbl

TRI – $K=1 \text{ ‹ } C=1,5$

F.C. – kan, $kp=3 \text{ ‹ } E= 0,5$

RC%= 35,5%