

Projecto de Intervenção numa População de Homossexuais Masculinos com Diagnóstico de Seropositivos

VICTOR CLÁUDIO

«À noite tive um sonho incómodo onde se representavam umas escadas de pedra; ao cimo delas, eu fazia um sinal imperceptível de despedida a alguém que se afastava em baixo. Atravessei portas que se abriam e fechavam à minha passagem sem eu lhes tocar. Depois senti-me cair de um telhado que lentamente se inclinava e por onde eu ia rolando. Havia um pântano no fundo, e mergulhei nele.»

(Herberto Helder in *Os passos em volta*)

1. UMA ABORDAGEM PSICOLÓGICA DA SIDA

Grmek (1989) refere SIDA, como uma doença que reflecte a nossa época, já que estaria associada, ao sangue, ao sexo, às drogas e apresenta uma evolução muito sofisticada.

Perante esta doença «maldita» — já que é vulgarmente e incorrectamente relacionada com grupos marginais — a comunidade adopta uma postura de rejeição perante o sujeito com SIDA ou o sujeito seropositivo. Por sua vez estes indivíduos, vão manifestar modificações nos seus comportamentos e consequentemente nas suas relações com a comunidade.

A SIDA é um fenómeno que se situa entre

o domínio político-ideológico, i.e., no domínio social, com implicações no quotidiano, ao nível do sofrimento do sujeito e também ao nível da rejeição e do ódio, i.e., factores essencialmente comunitários.

A abordagem psicológica, tem um papel importante na prevenção da SIDA (Ionescu, 1989). Esta abordagem, tanto na sua vertente de prevenção como na de intervenção psicoterapêutica nos doentes com SIDA e seropositivos, deve dirigir-se a diferentes níveis:

- Na pesquisa das variáveis relacionadas com o risco sexual de contracção de SIDA, já que a educação pela saúde é, apenas por si, uma medida preventiva insuficiente.
- No estudo dos elementos que podem ser modificados com objectivos preventivos, já que as variáveis relacionadas com o risco sexual de infecção pelo vírus da SIDA, são de difícil manipulação (Bandura, 1989).
- Na intervenção em comunidades de maior risco, com o objectivo de desenvolver a eficácia pessoal — definida por Beck e Frankell (1981) como a auto-avaliação da capacidade de concretizar as medidas recomendadas, para enfrentar uma ameaça de saúde — variável que está mais relacionada com o risco sexual de

(*) Assistente, ISPA.

- infecção (Charles, 1985; Mckusick & col., 1985): A intervenção deve ir no sentido do reforço da crença dos sujeitos, na sua capacidade de alterar os comportamentos.
- Na implementação de programas de prevenção, com as seguintes características: (a) Estarem adaptados às características psicológicas dos indivíduos, que formam os grupos a que se dirige (DiClemente & col., 1987; Jimenez, 1987; Manderscheid & col. 1989); (b) Apoiarem-se em transmissores de informação pertencentes a esses grupos (Manderscheid & col., 1989); (c) Utilizar estratégias de modificação da ecologia social dos meios em risco de infecção.
 - No realçar da importância do papel adaptativo e de equilíbrio psicológico, que têm as modificações de vida realizadas pelos sujeitos infectados pelo vírus da SIDA. Assim, a intervenção deve ser no sentido de implementar e reforçar essas modificações.
 - No alertar para a possibilidade de as manifestações psicopatológicas dos doentes com SIDA, poderem confundir-se com vários síndromes psiquiátricos (síndrome organo-cerebral, alterações psicóticas, etc.).
 - Intervindo nas alterações psicopatológicas dos doentes com SIDA ou seropositivos.
 - Na avaliação e prevenção do risco de suicídio em doentes com SIDA ou seropositivos. Já que, se conhece o efeito de *stress* desencadeado pela confirmação do diagnóstico ou pela morte, relacionada com SIDA, de alguém próximo.
 - No sublinhar da importância da inclusão da SIDA na psicopatologia dos seronegativos — SIDAFOBIA ou pânico da SIDA (Jacob & col., 1987; Windgassen & Soni, 1987).

2. AS ADAPTAÇÕES COGNITIVAS DOS SUJEITOS COM SIDA OU SEROPOSITIVOS

Através do conhecimento das adaptações cognitivas na SIDA ou em seropositivos, torna-se possível uma intervenção com o objectivo de as transformar.

Kelley (1967) Harvey e Weary (1981) desenvolveram a teoria da atribuição. Esta teoria, preconiza a existência de uma necessidade do sujeito atribuir uma causa, à ameaça grave que vivencia, com o objectivo de sentir que controla os acontecimentos, através da sua compreensão e previsão.

Baseando-se nesta teoria, Moulton (1985) observou que 78% das pessoas com SIDA ou seropositivos assintomáticos, atribuem a causa da doença às suas práticas sexuais, à toxicodependência ou ao seu *stress*, i.e., fazem uma auto-atribuição. Esta estaria relacionada com uma maior fadiga e inércia nos doentes com SIDA, e com uma elevada depressão nos seropositivos. Qualquer destes grupos de doentes, sente que perdeu o controlo do seu corpo. Por esvaziamento deste devido a uma infecção oportunista — no caso da SIDA — ou ameaça dessa infecção — nos seropositivos —, e pela perda de uma parte de si, i.e., do sistema imunitário — em qualquer dos casos.

A luz da teoria da Crise (Caplan, 1964), pode-se entender o comportamento gerado pelo diagnóstico de SIDA ou de seropositivo. Perante o diagnóstico, o sujeito sente que perdeu o controlo dos acontecimentos, desencadeia-se então a situação de crise. Com o objectivo de recuperar o equilíbrio psicológico e social, o sujeito vai modificar a sua vida — por exemplo, as relações interpessoais, sexuais e de trabalho. Quanto maior for o número de modificações conseguidas por estes doentes, maior será a energia e a actividade, reduzindo assim a depressão.

Outro contributo importante para a compreensão de uma resposta psicopatológica, ao diagnóstico de SIDA ou de seropositivo, é fornecido pelo Modelo de Dohrenwend (1978), que relaciona o *stress* e o comportamento.

Dohrenwend (1978) define a saúde mental, como a resultante da interacção entre o sujeito e o meio. Assim, a saúde mental ou a patologia seriam ocorrências na mesma pessoa, em diferentes momentos. O modelo que propõe, entra em linha de conta com os factores relacionados com a educação e o tipo de respostas do sujeito (fontes pessoais), por um lado, e os apoios do meio e aspectos do poder político (características situacionais), por outro. Este modelo, assenta numa conceptualização unificada de *stress*

psicosocial, que tem uma ocorrência temporal determinada, influência no comportamento do indivíduo e no meio. A resposta do sujeito ao acontecimento gerador de *stress*, só será patológica, se a reacção disfuncional se mantiver para além do tempo de resposta ao acontecimento e na ausência deste. Um acontecimento gerador de *stress* — cuja intensidade está intimamente relacionada com o meio e as características psicológicas do sujeito — vai desencadear um processo de desequilíbrio. A resposta do sujeito, dependendo de factores psicológicos e situacionais, entre outros, será no sentido de mudança. Esta pode ser positiva (saúde), levando a um desenvolvimento através da aprendizagem realizada com a vivência, negativa (doença), i.e., psicopatológica, ou no sentido da recuperação do equilíbrio, nos mesmos moldes anteriores à crise.

O modelo de Dohrenwend permite: (a) Obter a medida objectiva — independente da reacção individual — do acontecimento gerador de *stress*; (b) Observar qual a relação entre os factores individuais, os factores do meio e a ocorrência dos acontecimentos; (c) Salientar a importância dos factores mediadores externos — suporte material, social, etc. — e internos — aspirações, capacidades físicas, etc. — na resposta do sujeito aos acontecimentos geradores de *stress*; (d) Interpretar as respostas do sujeito aos acontecimentos geradores de *stress*, em termos de desenvolvimento, aumento de saúde ou patologia; (e) Intervir ao nível do sujeito ou no meio social em que ele se insere, integrando assim a intervenção da psicologia comunitária com a psicoterapia e a intervenção na crise.

Intimamente relacionados com o modelo de Dohrenwend (1978), acima descrito, surgem dois conceitos, adaptação e «coping» — que devido à sua importância não podemos deixar de referir.

O conceito de *adaptação* — que abrange as dimensões biológicas, sociais e de auto-referência — define uma boa relação, ainda que temporária e específica, entre o comportamento do sujeito e as exigências do meio. As características, tempo e situação determinada, da adaptação, resultam da ocorrência de uma situação de não adaptação anterior a esta. Veja-se por exemplo, o *stress* desencadeado pelo conhecimento do diagnóstico de seropositivo, origina um período

de desadaptação, que o sujeito pode ultrapassar atingindo uma nova situação de adaptação. A adaptação do sujeito será tanto melhor, quanto maior for o seu espaço disponível no meio e mais estimulado forem os seus comportamentos adequados.

O conceito de «*coping*» é definido por Kessler & col. (1985), como «esforço, cognitivo e comportamental, realizado para controlar, tolerar ou reduzir, solicitações que sobrecarregam ou excedem os recursos individuais». Para Lazarus (1966), no «*coping*» é importante a avaliação cognitiva. Esta divide-se em duas fases: (1) *Fase de avaliação biológica primária*, em que o sujeito, através das suas características psicológicas e do tipo de acontecimentos, vai avaliar o significado deste e assim preparar a energia necessária para a resposta; (2) *A avaliação secundária*, que vai determinar as respostas de «*coping*» — surge como reacção a um sentimento muito intenso, desencadeado pela interpretação do acontecimento.

Podemos comparar as respostas de «*coping*», com a resolução de problemas, em que o sujeito avalia o problema, os recursos envolvidos nas diferentes soluções possíveis e a possibilidade de falhar, devido ao problema ser novo ou pouco definido.

Depois desta referência, necessariamente breve, ao contexto teórico, vamos apresentar o nosso projecto de intervenção.

3. OBJECTIVOS DO PROJECTO

O conhecimento por parte do sujeito, de um diagnóstico de seropositivo, vai ter implicações em todas as esferas da sua vida. Assim, operam-se modificações em diferentes aspectos:

- Estilo geral de vida.
- Relações interpessoais.
- Sexualidade.
- Ocupação.
- Apoio social.
- Práticas relacionadas com a saúde.
- Tratamento.

Estas modificações relacionam-se com a depressão e ansiedade que acompanham o conhecimento do diagnóstico. Abordaremos mais em detalhe a depressão nos seropositivos. Esta

prende-se com a possibilidade de rejeição que o sujeito vivencia, a auto-culpabilização e recriminação pela exposição ao contágio, estes aspectos têm um papel importante na alteração da tríade cognitiva, i.e., o sujeito culpa-se a si próprio pelo facto de estar contagiado e de poder ter contagiado alguém, encara o seu presente como algo muito doloroso impossível de suportar, a culpabilidade e a tendência à personificação de todos os acontecimentos, são outros factores presentes. Em relação ao futuro, sente que é impossível enfrentá-lo ou controlá-lo, assim não espera nada. Acredita também que os outros o vão recusar, culpando-se também por isso. A depressão no sujeito seropositivo vai também originar uma difícil aceitação das modificações no âmbito da sua saúde e aos apoios do meio.

As alterações cognitivas da depressão, vão alterar a relação do sujeito seropositivo, com os que lhe estão próximos, podendo levar ao isolamento. Este, embora num primeiro momento possa estar associado ao choque do conhecimento do diagnóstico, pode posteriormente prolongar-se, associado à ansiedade provocada pela crença de que os outros o recusam, impedindo o sujeito seropositivo de estabelecer contactos (família, médicos, terapeutas, etc.) e conseqüentemente impossibilitando a discussão dos problemas, aumentando assim a incerteza, a auto-culpabilização, a auto-recriminação e o medo. Estes factores vão implicar uma menor possibilidade de o sujeito seropositivo encontrar um modelo de resposta adaptado a novas condições. Já que, embora possuindo mecanismos de «coping» adequados, o sujeito pode não os conseguir utilizar de uma forma correcta em determinadas situações. Isto leva-o a não conseguir controlar os seus comportamentos, as suas motivações e conseqüentemente a sua relação com o meio, i.e. o sujeito não consegue ser auto-eficaz. Esta constatação da falha dos mecanismos de «coping» leva a uma maior vulnerabilidade para a depressão e o *stress*.

O incremento do risco de suicídio, está intimamente relacionado com a depressão reactiva ao diagnóstico, com o isolamento social, com a morte de alguém próximo, devido à SIDA,

como já referimos, com a deterioração da saúde física e também com problemas financeiros, devido a perda de emprego.

Tomando em conta todas estas alterações, este projecto visa, numa primeira fase, intervir junto de uma população de homossexuais masculinos, com diagnóstico de Seropositivos. Esta intervenção, tem os seguintes objectivos:

- Apoio psicoterapêutico, individual e em grupo, dirigido às manifestações psicopatológicas, desencadeadas pelo conhecimento do diagnóstico e posteriores implicações. Neste apoio, a prevenção de suicídio é um aspecto nuclear.
- Incentivar o apoio familiar a estes doentes.
- Prevenção de comportamentos, que possam ser de risco de infecção para outros membros da comunidade.
- Possibilitar uma integração social ou evitar o isolamento social, consoante os casos, destes doentes.
- Apoiar o doente na manutenção ou procura de trabalho/actividade.

4. ENTREVISTA E AVALIAÇÃO DOS SUJEITOS A INTEGRAR NO GRUPO

Nesta fase, já que posteriormente este projecto será extensivo a sujeitos seropositivos pertencentes a outros grupos, a opção de restringir a intervenção a apenas um dos, vulgarmente designados, comportamentos de risco, encontra fundamento em diferentes factores: (a) Possibilita uma maior homogeneidade do grupo, no que respeita a hábitos de vida, experiências, comportamentos, etc.; (b) Reduz a possibilidade de haver dentro do grupo, juízos morais sobre os comportamentos dos seus membros e conseqüentemente, de cisões em sub-grupos. Estas teriam maior probabilidade de ocorrência, se na composição do grupo integrássemos, por exemplo, toxicómanos; (c) A relação entre a infecção e a sexualidade, é comum a todos os membros.

A entrevista que propomos, tem como objectivo global, fornecer informação a diferentes níveis, sobre a resposta do sujeito ao conhecimento do diagnóstico de seropositividade.

A entrevista, pode ser semi-directiva ou não directiva, deve abordar entre outros, os seguintes factores:

Relação com o diagnóstico

Forma como o diagnóstico de seropositivos foi vivenciada. Os pensamentos e emoções que estão associados ao facto de ser seropositivo. Vamos assim tomar conhecimento da forma de organização psicológica utilizada pelo sujeito, quando confrontado com o diagnóstico de seropositivo. Indica-nos também qual a ressonância cognitiva e fantasmática, causada por esse diagnóstico.

Futuro

Através dos pensamentos, sentimentos e expectativas, do sujeito em relação ao futuro, obtemos informação sobre as perspectivas de vida do sujeito. São também um bom indicador, da existência de alterações psicopatológicas e do risco de suicídio. Avaliamos também, a motivação do sujeito para fazer o tratamento AZ — que tem como objectivo retardar a progressão do vírus e defender das infecções oportunistas.

Relação do conhecimento do diagnóstico com modificações da imagem

Este item tem como objectivo, saber se houve alterações na auto-imagem e consequentemente, na relação do sujeito consigo próprio.

Relação do conhecimento do diagnóstico com modificações externas

Aqui devemos abordar a existência de modificações de comportamentos em diferentes áreas. Por exemplo, a nível sexual, nos cuidados físicos, na relação com a família e o meio. Podemos assim recolher informação sobre a ansiedade, o isolamento social e as relações com os outros. É também muito importante sob o ponto de vista da prevenção, já que nos permite saber quais os cuidados que o sujeito tem no evitamento de comportamentos, que possam implicar risco de infecção do seu parceiro sexual.

Vivência das modificações do meio

Através do conhecimento da pessoa ou pessoas a quem o sujeito comunicou o diagnóstico, de como vivenciou a reacção destas etc., i.e., abordando a interacção do sujeito com a família

e o meio e a destes com ele — factores nucleares da nossa intervenção —, permite-nos maximizar os apoios a prestar ao sujeito. Uma entrevista deste tipo, permite também avaliar globalmente os mecanismos de «coping» e a sua adequada utilização, assim como as alterações cognitivas, por exemplo, a construção de modelos mentais do «self» com características negativas, as relações bilaterais entre pensamentos e emoções, etc.

Para complementar a entrevista, e com o objectivo de a reforçar com outros instrumentos de avaliação usaremos:

- O Inventário de Depressão de Beck (Beck, 1961), que nos permite avaliar o grau de depressão.
- A Escala de Desespero (Beck, 1974), com o objectivo de avaliar o risco de suicídio.
- Escala de Gravidade da Ansiedade (Covi, 1984), para avaliar a intensidade da ansiedade.

5. ENTREVISTA AOS FAMILIARES DOS SUJEITOS INTEGRADOS NO GRUPO

A reacção da família perante o sujeito seropositivo, tem um papel fundamental. Estando o seropositivo numa situação de fragilização, física e psíquica, a resposta do seu núcleo familiar pode ser determinante para a estabilidade do sujeito. Para ilustrar este facto citarei dois exemplos, retirados de Schaffner (1990): (a) Quando um seropositivo escreveu aos pais dizendo que pretendia visitá-los a resposta foi a seguinte «Tu podes vir visitar-nos, mas deves ficar num hotel, nós lemos que os homossexuais transportam o vírus da SIDA e eu e a tua mãe não queremos correr o risco de infecção.» (pag. 352); (b) O companheiro de um doente com SIDA diz sobre a sua família «Eu não sei como teria sobrevivido sem a minha família. Eles têm sido maravilhosos. Eles telefonam-me, perguntando pelo meu companheiro, eles oferecem todo o tipo de apoio. Isto é tudo muito assustador para eles, mas eles não me atormentam com os seus medos.» (pag. 352)

É também importante referir as alterações na relação familiar que estão relacionados com o

conhecimento do diagnóstico de seropositivo ou de SIDA. Citaremos um exemplo, descrito por LeClaire (1989), «Jim transformou-se de um homem melancólico e por vezes agitado, num monstro caprichoso. Ele estava ao mesmo tempo, intratável, irritado, violento, ameaçador e desanimado. Alguns minutos depois está alegre e amoroso. Ele era como Dr. Jekyll e Mr. Hyde. Recusava tomar medicamentos, tomava bebidas alcoólicas e escrevia bilhetes de despedida. Era como viver no limiar da realidade com um marido que eu não conhecia.» (pag. 40)

Com o objectivo de dinamizar a interacção entre o doente e a sua família — incluindo além do núcleo familiar mais próximo, todos os elementos valorizados pelo doente — é importante, conhecer a forma como esta se relaciona com ele. Para isso, utilizámos também um guião de entrevista, que abrange diferentes áreas: (a) Reacção ao saber o diagnóstico de seropositivo do familiar; (b) Modificações das relações com o familiar, depois de conhecer o diagnóstico; (c) Tipos de apoios fornecidos pela família; (d) Características e o tipo de relações familiares; (e) Qual a compreensão e tolerância ao tipo de vida do paciente, i.e., à homossexualidade; (e) Como se processa a comunicação no seio da família.

Através desta entrevista, avaliamos o papel que a família pode ter como aliado terapêutico, no processo de intervenção, e qual o tipo de acções que ela necessita.

6. FORMAS DE INTERVENÇÃO

A intervenção deve ser realizada a três níveis — Doente, Família e Comunidade — dependendo o seu êxito, de uma boa articulação destes.

Faremos referência, em traços gerais às formas de intervenção.

6.1. Ao nível do doente

6.1.1. Apoio Psicoterapêutico

Grupo de apoio, composto por sujeitos com fracos e com bons mecanismos adaptativos. O objectivo é utilizar estes últimos como aliados terapêuticos, no processo de modificação de mecanismos adaptativos incorrectos.

Psicoterapia individual. Com o objectivo de intervir nas alterações cognitivas e afectivas, manifestada por estes doentes. Propomos principalmente uma intervenção destinada a reparar a experiência de perda intrapsíquica de controlo, e um aumento de pensamentos, imagens e emoções indesejáveis. Já que a vivência desta perda desencadeia um sentimento de vazio, de ausência de objectivos, de inutilidade, porque se mantêm poucas ou nenhuma alternativas de valor. Assim, uma intervenção deste tipo, vai também actuar de uma forma directa, na prevenção do risco de suicídio.

6.1.2. Espaço

Criação de um espaço físico, que o grupo vivencia como próprio e que esteja integrado na comunidade.

Dinamização desse espaço, com o objectivo de levar até ele elementos da comunidade. Realizar, por exemplo, campanhas de informação e sensibilização sobre a SIDA.

6.1.3. Contactos

Estabelecer relações com entidades oficiais e particulares, com o objectivo de obter apoios — económicos, postos de trabalho, medicamentos, etc.

6.1.4. Apoio no Geral

Na prevenção dos comportamentos de risco, passíveis de infectarem outros sujeitos.

Médico.

Na manutenção de trabalho ou outras actividades.

Na procura de trabalho.

Nos problemas económicos.

6.2. Ao nível da Família

A intervenção junto da família deve ser feita de uma forma educativa, deve-se desbloquear ou reforçar, no caso de existirem, os canais de comunicação. Apoiar a família na desdramatização das críticas ao estilo de vida do doente. Informar a família, sobre a importância do seu apoio ao doente e do seu incentivo, para que este se adapte às novas condições de vida.

Se o apoio proporcionado ao doente é reduzido ou inexistente, teremos que intervir junto da família, no sentido de incentivar a utilização de comportamentos adequados. Este trabalho, embora em alguns casos seja muito difícil — em alguns estratos socio-culturais, a infecção pelo vírus da SIDA é considerada como punição pelo «crime» da homossexualidade — é de extrema importância, já que a família pode funcionar para o doente, como o último obstáculo à marginalização e ao isolamento. É também relevante salientar a importância de o doente manter as amizades, o trabalho, os interesses. Apoio psicoterapêutico numa perspectiva familiar. Sensibilizar a família para controlar o tratamento farmacológico e encorajar o doente a mantê-lo. Apelar à participação da família, se o doente manifestar interesse nisso, nas actividades realizadas no espaço do grupo.

6.3. *Ao nível da Comunidade*

Desenvolver campanhas de informação sobre a SIDA, recorrendo a pessoas ou grupos que tenham um estatuto privilegiado no seio da comunidade. Este será um objectivo prioritário. Só quando a comunidade tiver um conhecimento correcto, afastando assim as fantasias, sobre a origem e as formas de transmissão do vírus, pode aceitar no seu seio, sem desconfiança e sem hostilidade os sujeitos com SIDA ou seropositivos. As pessoas representativas da comunidade, devem ser motivadas a participarem nas actividades realizadas pelo grupo de doentes. Também a autarquia, deve ser sensibilizada para apoiar de forma activa, as iniciativas a realizar. Em resumo, todas as forças vivas da comunidade, devem ser engajadas no processo de integração social dos doentes seropositivos.

7. RECURSOS HUMANOS

Para a realização deste projecto é necessário uma equipa multidisciplinar, composta por:

- Psicólogos Clínicos;
- Psicoterapeutas;
- Médicos;
- Enfermeiros;
- Assistentes Sociais.

Só através da interacção destes profissionais, juntamente com as famílias e a comunidade, será possível apoiar os seropositivos, em todas as vertentes onde se manifestam as suas carências.

8. CONCLUSÃO

O aspecto mais problemático quando se trabalha com uma população deste tipo, é a repercussão no seio do grupo, da morte de alguém com SIDA, que está afectivamente próximo. A perspectiva de morte, integra as vivências quotidianas destes sujeitos, tornando-se mais intensa quando é reforçada pela realidade. É nestes momentos, que o risco de suicídio — de forma activa ou de forma passiva — se torna mais intenso. Assim, este aspecto deve merecer da parte da equipa terapêutica, cuidados muito especiais.

A degradação física que acompanha a evolução da doença, deve ser também trabalhada na relação terapêutica. Atendendo às graves implicações internas — acentuar da desvalorização, reforço da auto-imagem negativa, vergonha de encarar os outros, tendência a isolar-se, etc. — e externas — dificuldades em manter o posto de trabalho, dificuldades em sair de casa, necessidades de apoio físico dos outros, perda de autonomia, entre outras.

É importante referir o objectivo preventivo, de um projecto deste tipo. Este desenvolve-se numa dupla vertente. Por um lado, através da sensibilização do doente para evitar comportamentos de risco, que possam infectar outros sujeitos. Por outro lado, quando junto da comunidade se realizam campanhas de informação sobre a SIDA, proporciona-se um maior conhecimento da doença e conseqüentemente uma maior preparação para a prevenção de contágio.

Para terminar, queremos sublinhar que apenas com um esforço multi-disciplinar, de informação e de sensibilização da comunidade, se consegue transformar a ideia de que a SIDA é uma doença «maldita», e que os seus portadores devem ser discriminados e marginalizados. Se isto não acontecer, a comunidade terapêutica corre o risco de se tornar num «ghetto». Isto é, se não houver uma relação muito íntima, entre a comunidade terapêutica e o meio em que está

inserida, o problema da marginalização dos seropositivos agrava-se, já que serão perfeitamente identificados e «rotulados». Em resumo, o objectivo é evitar que os grupos terapêuticos integrados por estes doentes, se venham a transformar em «aldeias de leprosos, versão séc. XX». Desde sempre, a comunidade tem tendência a colocar por detrás de quelaquer tipo de muros, aqueles que são diferentes, i.e., que de alguma forma vão contra «o normal» instituído. No caso dos doentes com SIDA, essa tendência social transforma-se em imperiosa necessidade, pela relação, que embora restritiva é mais comum estabelecer, entre a doença, a homossexualidade e a toxicod dependência. Como pode então, uma sociedade como a portuguesa (e por um motivo ou outro, provavelmente todas), com raízes profundíssimas na cultura judaico-cristã, aceitar no seu seio doentes com SIDA? É mais fácil para ela, fingir que ignora a sua existência — procedimento semelhante ao utilizado em relação à prostituição, ao aborto, etc. Para poder «acreditar», a sociedade tem que evitar confrontar-se com esses doentes. Qualquer tipo de muro, serve perfeitamente para esse fim.

Este projecto, tem como objectivo último, contribuir para a tentativa de evitar a sedimentação desses muros, já que, é tarde para evitar a sua construção.

«...O que penso eu do mundo? Sei lá o que penso do mundo! Se eu adoecesse pensaria nisso...»

(Alberto Caiero in *Poemas*)

BIBLIOGRAFIA

Antoni, M. & col. (1990). Psychoneuroimmunology and HIV-1. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(58): 38-49.

Beck, A. & col. (1974). The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42: 861-865.

Bandura, A. (1989). Perceived Self-Efficacy in the Exercise of Control over AIDS Infection. In *Primary Prevention of AIDS* (V. Mays, G. Albee & S. Schneider, Eds.), pp.: 128-141, Newbury Park: Sage Publication Inc.

Catania, J. & col. (1989). Implications of the AIDS Risk Reduction Model for the Gay Community:

The Importance of Perceived Sexual Enjoyment and Help-Seeking Behaviours. In *Primary Prevention of AIDS* (V. Mays, G. Albee & S. Schneider, Eds.), pp.: 242-261, Newbury Park: Sage Publication Inc.

Coates, T. (1990). Strategies for Modifying Sexual Behaviour for Primary and Secondary Prevention of HIV Disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(58): 57-49.

Cottraux, J., Bouvard, M., & Legeron, P. (1985). *Méthodes et Echelles d'Evaluation des Comportements*. Issy-les-Moulineaux: EAP.

Degiovanni, A. & col. (1988). La thématique du SIDA dans les productions psychopathologiques. *Annales Medico-Psychologique*, 146: 248-250

Des Jarlais, D. Friedman, S. & Casriel, C. (1990). Target Groups for Preventing AIDS Among Intravenous Drug Users: 2. The «Hard» Data Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(58): 50-56.

Dotheau, C. & col. (1988). La prise en charge psychologique et psychiatrique de patients porteurs d'anticorps anti-VIH. *Annales Medico-Psychologique*, 146: 258-261.

Eckenrode, J. & Gore, S. (1981). Stressful Events and Social Supports: The Significance of Context. In *Social Networks and Social Support* (B. Gottlieb, Ed.), pp.: 43-68, Beverly Hills: Sage Publications.

Favre, J., Payen, A. & Pilard, M. (1988). Réactions psychologiques initiales a l'annonce d'une séro-positivité anti-HIV. *Annales-Psychologique*, 146: 230-236.

Faulstich, M. (1987). Psychiatric Aspects of AIDS. *American Journal of Psychiatry*, 5(144): 551-554.

Fischhoff, B. (1989). Making Decisions About AIDS. In *Primary Prevention of AIDS* (V. Mays, G. Albee & S. Schneider, Eds.), pp.: 168-205, Newbury Park: Sage Publication Inc.

Gottlieb, B. (1981). Social Networks and Social Support in Community Mental Health. In *Social Networks and Social Support* (B. Gottlieb, Ed.), pp.: 11-41, Beverly Hills: Sage Publications.

Hirsch, B. (1988). Social Networks and the Coping Process. In *Social Networks and Social Support* (B. Gottlieb, Ed.), pp.: 149-169, Beverly Hills: Sage Publications.

Ionescu, S. (1989). Psychologie et SIDA: état de la question. *Psychologie Française*, 2/3(34): 111-112.

Ionescu, S. (1989). Psychologie. Psychopathologie et SIDA. *Psychologie Française*, 2/3(34): 113-126.

Ionescu, S., & Jourdan-Ionescu, C. (1989). La peur du SIDA: faits établis sur différents échantillons de population et nouvelles recherches. *Psychologie Française*, 2/3(34): 153-170.

Jacobsen, P., Perry, S. & Hirsch, D. (1990). Behavioural and Psychological Responses to HIV

- Antibody Testing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(58): 31-37.
- Jourdan-Ionescu, C. & La Robertie, J. (1989). Interrogations que pose au clinicien le SIDA. *Psychologie Française*, 2/3(34): 127-144.
- Kelly, B. & col. (1991). Relationships between mental adjustment to HIV diagnosis, psychological morbidity and sexual behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, 30: 370-372.
- Kelly, J. & col. (1989). Behavioural Intervention to Reduce AIDS Risk Activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(57): 60-67.
- Kelly, J. & col. (1989). Group Intervention to Reduce AIDS Risk Behaviours in Gay Men: Applications of Behavioural Principles. In *Primary Prevention of AIDS* (V. Mays, G. Albee & S. Schneider, Eds.), pp. 225-241. Newbury Park: Sage Publication Inc.
- Kirsch, J. & Joseph, J. (1989). The Health Belief Model: Some Implications for Behaviour Change, with Reference to Homosexual Males. In *Primary Prevention of AIDS* (V. Mays, G. Albee & S. Schneider, Eds.), pp.: 111-127, Newbury Park: Sage Publication Inc.
- LeClaire, G. (1989). AIDS: A Family Perspective. In *Primary Prevention of AIDS* (V. Mays, G. Albee & Schneider, Eds.), pp.: 39-43, Newbury Park: Sage Publication Inc.
- Levine, M. (1987). *Principles of Community Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Martin, J. (1988). Psychological Consequences of AIDS-Related Bereavement Among Gay Men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6(56): 856-862.
- Martin, J. & col. (1989). The impact of AIDS on a Gay Community: Changes in sexual behaviour, substance use, and mental health. *American Journal of Community Psychology*, 3(17): 269-293.
- Miller, D. (1990). Diagnosis and Treatment of acute Psychological Problems Related to HIV Infection and Disease. In *Behavioural Aspects of AIDS* (D. Ostrow Eds.), pp.: 187-206, New York: Plenum Publishing Corporation.
- Power, M. & Champion, L. (1986). Cognitive approaches to depression: a theoretical critique. *British Journal of Clinical Psychology*, 25: 201-212.
- Rappaport, J. (1977). *Community Psychology. Values, research and action*. New York: Holt, Rinehart and Wiston.
- Rappaport, J. (1988). Deinstitutionalization, Empowerment and Mutual Help: The Role of Community Mental Health Professionals in the Twenty-First Century. *Congresso Internacional de Saúde Mental Comunitária*. Lisboa.
- Raymondet, Bougerol, T. & Scotto, J. (1988). Les sujets séropositifs HIV et les fantasmes qu'ils induisent. *Annales Medico-Psychologique*, 146: 262-268.
- Ruffiot, A. (1989). *La psychologie du SIDA*. Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Savin-Williams, R. & Lenhart, R. (1990). AIDS Prevention among Gay and Lesbian Youth: Psychosocial Stress and Health Care Intervention Guidelines. In *Behavioural Aspects of AIDS* (D. Ostrow, Ed.), pp.: 75-99, New York: Plenum Publishing Corporation.
- Schaffner, B. (1990). Reactions of Medical Personnel and Intimates to Persons with AIDS. In *Behavioural Aspects of AIDS* (D. Ostrow, Ed.), pp.: 341-354, New York: Plenum Publishing Corporation.
- Schmitt, L. & col. (1988). De l'agressivité au suicide chez les sujets porteurs du virus de l'immuno-déficience humaine. *Annales Medico-Psychologique*, 146: 237-240.
- Schneider, S. (1989). An AIDS Research and Training Agenda for Psychology. In *Primary Prevention of AIDS* (V. Mays, G. Albee & S. Schneider, Eds.), pp.: 111-127, Newbury Park: Sage Publication Inc.
- Soni, S. & Windgassen, E. (1991). AIDS panic: effects of mass media publicity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2(84): 121-124.
- Stallard, A., Heather, N. & Johnston, B. (1987). AIDS and intravenous drug use: What clinical psychology can offer. *Bulletin of the British Psychological Society*, 40: 365-368.
- Strain, J. & Fulop, G. (1990). Mental Health Services Delivery Issues: The HIV Patient. In *Behavioural Aspects of AIDS* (D. Ostrow, Ed.), pp.: 341-349, New York: Plenum Publishing Corporation.
- Veyrat, J. (1988). Le paranoïaque face au SIDA. *Annales Medico-Psychologique*, 146: 251-253.

RESUMO

Neste artigo, abordamos, numa perspectiva psicológica, os efeitos do diagnóstico de seropositivo ou SIDA. Como referentes teóricos para a compreensão das alterações cognitivas, resultantes do conhecimento de diagnóstico, referimos as teorias da crise e os modelos de *stress*. Ao nível da intervenção numa população homossexual masculina infectada, objectivo nuclear do projecto apresentado, referimos o tipo particular de entrevista e o papel fundamental do grupo e da intervenção familiar, no processo de apoio ao sujeito infectado.

ABSTRACT

This paper describes, in a cognitive perspective, the impact of AIDS or HIV infection diagnostic.

We present a intervention project in a gay population infect with HIV. In this project we use a specific interview. We attribute to the supports groups and family intervention a nuclear role in maintenance or recovery a psychological equilibrium in the HIV infect subject.



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Torne-se leitor da Biblioteca do ISPA

(Rua Jardim do Tabaco, n.º 44, 1100 Lisboa, Telef. 86 31 84/5/6)

Últimas publicações periódicas recebidas:

- **J. OF OCCUPATIONAL AND ORGANIZ. PSYCHOLOGY** — Vol. 65(3), 1992
- **JOURNAL OF ORGANIZATIONAL BEHAVIOR** — Vol. 13(5), 1992
- **JOURNAL OF PERSON. AND SOCIAL PSYCHOLOGY** — Vol. 63(5), 1992
- **LANGUAGE AND EDUCATION** — Vol. 5(4), 1992
- **NEUROPSYCH. DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESC.** — Vol. 40(10), 1992
- **ORG. BEHAVIOUR AND HUMAN DECISION PROCESS** — Vol. 53(1), 1992
- **ORIENTAMENTI PEDAGOGICI** — Ano 39, N.º 4, 1992
- **ORIENTATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL** — Ano 21(3), 1992
- **PROF. PSYCHOLOGY: RESEARCH AND PRATICE** — Vol. 23(4), 1992
- **PSICOLOGIA** — Vol. 8(3), 1992
- **PSYCHIATRIE DE L'ENFANT** — Vol. 35(1), 1992
- **PSYCHOLOGICAL REVIEW** — Vol. 99(3), 1992
- **PSYCHOANALYSIS AND CONTEMPORARY THOUGHT** — Vol. 15(3), 1992
- **QUARTERLY J. OF EXPERIMENTAL PSYCHOLOGY** — Vol. 45A(3), 1992
- **RECHERCHE EN EDUCATION** — N.º 9, 1992
- **REVISTA DE CIENCIAS DE LA EDUCACION** — N.º 151, 1992
- **REVISTA DE EDUCAÇÃO** — Vol. 2(4), 1992
- **REVISTA PORTUGUESA DE EDUCAÇÃO** — 4(3), 1992
- **REVISTA PORTUGUESA DE GESTÃO** — 1, 1992
- **REVISTA PORTUGUESA DE PSICANÁLISE** — N.º 10-11, 1992
- **REVUE FRANÇAISE DE PSYCHOSOMATIQUE,** — N.º 2, 1992
- **REVUE FRANÇAISE DE PSYCHANALYSE** — Vol. 56(3), 1992
- **REVUE INTERNATIONALE DE PSYCHOPATHOLOGIE** — N.º 8, 1992
- **SMALL GROUP RESEARCH** — Vol. 23(3), 1992

HORÁRIO: das 10.00h às 14.00h e das 15.30h às 20.30h