

A toxicodependência na mulher

Gravidez, parto e puerpério

Margarida Pimenta

RESUMO: Nos últimos anos, a dependência de drogas ilícitas tem vindo a crescer entre as mulheres, pelo que o número de gravidezes tem também aumentado.

A importância da compreensão do significado da gravidez na estratégia toxicofílica, das relações com as figuras parentais e com o companheiro e dos problemas médicos, obstétricos e sociais é fundamental para uma abordagem terapêutica multidisciplinar.

RÉSUMÉ: Dans les dernières années, l'abus de drogues illicites a augmenté parmi les femmes, c'est pourquoi le nombre de grossesses a aussi augmenté.

L'importance de la compréhension de la signification de la grossesse sur la stratégie toxicophilique, des rapports aux figures parentales et au compagnon et des problèmes cliniques, obstétriques et sociaux est fondamental pour un approche thérapeutique multidisciplinaire.

ABSTRACT: In the last years the illegal drugs dependence has increased among women, that is why the number of pregnancies has also been increasing.

The importance of understanding the meaning of pregnancy in toxicophilic strategy, of parental and companion relationships and of medical, obstetrical and social problems is fundamental to a multidisciplinary therapeutical approach.

A toxicodependência enquanto fenómeno de massas foi, durante alguns anos, uma patologia largamente masculina, representando as mulheres cerca de 20% dos consumidores de drogas ilícitas.

Mais recentemente esta percentagem aumentou para cerca de 30 a 35%, parecendo que tal facto deverá ser posto em paralelo com a evolução social geral.

Nos últimos 40 anos o modo de vida e o comportamento das mulheres alterou-se profundamente. Desempenhando, estas, funções tradicionalmente atribuídas aos homens, não admira que tenham vindo a assumir também comportamentos anteriormente quase exclusivamente masculinos.

É difícil avaliar a frequência da gravidez na mulher toxicodependente.

Nas heroínómanas encontra-se muitas vezes uma

amenorreia secundária à intoxicação e ao emagrecimento, referindo Stoffer uma taxa de infertilidade de 63% durante os períodos de consumo com recuperação de fertilidade normal após a paragem das drogas.

Uma incidência de 15 a 30% de abortos espontâneos foi referido nos estudos de Gabaude e Gilet.

A diminuição da actividade sexual ligada directamente ao efeito da droga sobre o sistema hormonal e/ou ao deslocamento do investimento psíquico para a procura e o prazer da droga é também habitual.

A falta de conhecimentos sobre a sexualidade e as alterações menstruais decorrentes do uso do produto associadas à ilusão de invulnerabilidade e plenitude geradas por este ou a sentimentos de desvalorização criam um "mito de infertilidade" que concorre para a não utilização ou o recurso a métodos anticoncepcionais inadequados.

"... a menstruação não vinha há muito tempo, nunca pensei engravidar "... ou ... "nunca pensei ser capaz de ficar grávida, achava-me diferente das outras mulheres" ... ou ... " não usava nada... julgava que não era preciso"..."

Estão assim criadas as condições para o aparecimento de uma gravidez não planeada, não conscientemente desejada e frequentemente mal investida que Palminha e col. (1993) estimaram em 90 novos casos por ano, só para a região de Lisboa, dos quais apenas 50% recorrem ao CAT das Taipas para tratamento da toxicoddependência.

As abordagens clássicas do problema da adição em geral (Rosenfeld, 1964, Brehm e Khantzian, 1993) salientaram a importância do consumo de drogas como forma de descarga ou de defesa contra as pulsões.

Os psicólogos do ego centraram-se na adaptação e força ou fraqueza do ego, enfatizando a importância do uso de drogas como forma de superar estados internos ameaçadores.

Wieder e Kaplan, (1969), Chain e Col. (1964), Kristel e Maskin (1970) afirmaram que o toxicoddependente tem uma incapacidade para tolerar a tensão e afectos desagradáveis, a função sinal da ansiedade não se desenvolve e a ameaça de trauma psíquico cresce ao longo da vida tornando o uso de drogas necessário.

Wurmser (1977) compreendeu a defesa primária da adição como externalização, isto é, o uso de qualquer coisa fora do self "como uma defesa artificial ou surrogada contra afectos altamente perturbadores", uma forma de suporte, de auto medicação.

Khantzian (1977) afirmou que muitas pessoas se tornam toxicoddependentes porque descobrem que a droga reverte estados regressivos, atenuando e tornando mais suportáveis os sentimentos disfóricos envolvendo agressividade e raiva e a depressão que lhes está associada.

Kohut (1977) afirmou que para o toxicoddependente a droga parece capaz de curar os defeitos fulcrais do self.

Ulman e Paul (1989) postularam que o tratamento corresponderia à passagem progressiva da função da droga no self para a relação terapêutica, com reestruturação progressiva.

A história pessoal das mulheres toxicoddependentes revela habitualmente uma infância desarmonica em que abandono, negligência, frustração repetida e violência física, psíquica ou sexual estão muitas vezes presentes.

Ao contrário do que frequentemente observamos nos homens, a mãe da mulher toxicoddependente é habitualmente hostil, punitiva e sem ternura. O pai, esse, é sentido como fraco, distante ou ausente.

"... Dou-me mal com a minha mãe... chama-me drogada ... não quer que eu saia ..., não é de agora, foi sempre assim, ... queixa-se ao meu pai ... e então ele chateia-me ..."

O aspecto andrógino referido por Ange (1983) ou hiperfeminino, a existência frequente de perturbações alimentares anteriores a eclosão da toxicoddependência ou as analogias da relação com o corpo das anoréxicas, a degradação física e os ataques contra o corpo traduzem as dificuldades identificatórias de parte destas mulheres.

Sentimentos de inferioridade e de desvalorização muito marcados são a regra, podendo coexistir com uma imagem do self grandiosa e idealizada. Rosenblum encontrou nos seus estudos 41% de mulheres com critérios para diagnóstico de episódio depressivo maior e 27% com distúrbios das emoções, prévios ao consumo das drogas.

"... Foi aos 17 anos ... o meu namorado tinha-me deixado ... fiquei triste durante mais de um ano ... não saía ... não conseguia estudar ... sentia-me a pior coisa do mundo"

"... Em miúda era gorda, uma bola ... depois aos 16 anos fiz uma dieta ... emagreci muito ... sentia-me melhor ... as vezes tinha alturas em que comia muito ... a seguir voltava a dieta ... diziam que estava magra mas eu não sentia ... gostava de mim assim ..."

Em termos de estrutura da personalidade, num estudo realizado pela nossa Equipa, em 24 mães toxicoddependentes encontramos 19 estruturas border-line, quatro estruturas psicóticas e apenas uma estrutura neurótica.

A distorção das relações infantis com as figuras parentais vai modelar as relações interpessoais que são predominantemente difíceis e se traduzem pela instabilidade nas relações afectivos-sexuais, familiares e sócio-profissionais.

Num estudo de 73 grávidas levado a cabo por nós, encontramos uma prevalência de 75,8% de companheiros também toxicoddependentes.

A relação com este é pobre, aparecendo ele mais como um parceiro na procura e consumo de drogas. As relações sexuais são habitualmente escassas, vividas sem prazer.

Para algumas os parceiros sexuais são intermutáveis, desejados como objecto a incorporar, não reconhecidos na sua individualidade, conscientemente não considerados como pai possível para uma criança.

"... Foi uma coisa que aconteceu ... andámos ... pouco tempo ... depois ele foi para o Porto ... nem lhe disse que estava grávida ... nem vou dizer ... a minha filha não vai precisar dele ..."

O desejo de maternidade não pode aparecer senão quando a estratégia defensiva toxicofilica se torna insuficiente. A gravidez serve então para tentar encontrar no exterior o objectivo que não conseguem encontrar no interior, para parar verdadeiramente os consumos (Rosenblum e Charles Nicholas, 1990).

Para Ebert, a gravidez representa sempre o sinal de uma tentativa de resolução dos conflitos inconscientes na origem da toxicodependência.

A criança, pensada como um recurso, uma ajuda, uma esperança toma então um lugar importante nas fantasias da mulher. A criança objecto mágico, uma criança terapêutica, único garante da paragem dos consumos.

"... Isto, vai mudar tudo ... quero parar e o meu marido também ... ele vai começar a trabalhar ... queremos ter a nossa casa ... uma vida diferente ..."

Erikson (1959) referiu-se a gravidez e puerpério como uma crise do desenvolvimento psicológico normal. Uma crise representa simultaneamente perigo e oportunidade, perigo de maior desintegração, desorganização e desajustamento de personalidade e oportunidade para obter um novo nível de integração e amadurecimento.

A fragilidade da pessoa em crise torna-a mais vulnerável e acessível a ajuda, podendo assim a gravidez constituir um bom momento no que respeita ao tratamento da toxicodependência e a resolução de algumas dificuldades pessoais.

O início da gravidez é frequentemente difícil. Se a gravidez é fruto do acaso, a criança pode inscrever-se diferentemente na economia psíquica: recusa total, resignação ou símbolo de um futuro melhor são formas possíveis de lidar com a situação.

C. 26 anos, grávida do 2º filho: ... "só dei por isso aos 5,5 meses ... o parto foi prematuro, estava na discoteca ... já

tinha 7 meses ..."

"bem, não era o que queria ... mas agora que já cá está ..."

"... Não estava a contar mas fiquei contente ... ele vai mudar a minha vida ... agora só quero parar ..."

Noutros casos, em que a gravidez é mais ou menos conscientemente desejada, a criança portadora de esperança torna-se rapidamente um parceiro exigente e constrangedor. Parar os consumos por causa dele é abandonar uma relação com o tóxico que gratifica e preenche e orientar-se para uma vida sentida como insípida e baça.

"... Saí do internamento e ainda aguentei uns dias ... sentia-me muito vazia as coisas não foram como eu pensava ... os problemas com os meus pais ... acabei por voltar a fumar ..."

Começa então um período de perturbações relacionais e comportamentais que traduz a angústia e ambivalência maternas, marcado na prática por períodos de desabitação e episódios de intoxicação e encontros e rupturas com as equipas de terapeutas.

"... Sim, quero este filho ... não penso em dá-lo, a vida pode melhorar ... saí do internamento e recaí ... estive algum tempo bem ... deixei de vir, mas agora quero voltar a ser internada ... agora, vai ser diferente ... não, não tenho ido a consulta na Maternidade ... zanguei-me com a enfermeira ... não me atendeu bem ..."

O seguimento médico da gravidez é difícil não só pelas características essenciais do comportamento toxicofilico como pelos problemas económicos, sociais e por vezes judiciais.

A gravidez implica um movimento regressivo que leva a mãe a reencontrar a criança que foi em tempos e o que a mãe foi para ela na sua infância. A relação destas mulheres com a sua própria mãe é marcada pelo ódio, por vezes mascarado por uma idealização, que esconde mal a mãe proibitiva, desatenta e sem ternura.

"... A minha mãe não me larga ... proíbe-me de sair ... até com a minha filha ... julga que vou ter com ele ... às vezes não aguento mais, grito, insulto-a ... quero trabalhar para não viver lá ..."

Face à angústia, aos sentimentos de culpabilidade e à dúvida sobre a sua capacidade de serem boas mães desenvolve-se um movimento de idealização que vai reflectir-se na relação com a criança, aparecendo esta como um sintoma dum luto não feito: luto da criança que não foram, luto da mãe que não tiveram...

"... Imagino o meu filho de olhos azuis (como ela) ... a minha mãe era muito seca ... nunca me lembro de estar ao colo dela ... afastava-me ... eu vou ser diferente com ele ..."

A criança é, pois, investida de uma dupla função reparadora: aparece como uma defesa organizada da mulher contra a agressividade e os sentimentos de culpabilidade que desenvolveu em relação a ela própria e a sua mãe e por outro lado como aquela que vem irradiar o mal que se perpetua em cada geração, romper com a fatalidade que marca a sua genealogia.

A relação com a criança exprime-se também através da atenção que estas mulheres prestam ao desenrolar da sua gravidez. Algumas mostram uma indiferença total, outras atribuem uma importância desmesurada às consequências somáticas eventuais do uso de drogas sobre o desenvolvimento fetal. Ávidas de informação e de exames complementares não se impedem muitas vezes de prosseguir os consumos.

É pois num estado de medo, esperança, angústia e expectativa que o momento do parto vai chegar. O parto, quer seja vivido como perda ou como libertação, reactualiza sempre a angústia de separação, até porque as atenções dos que as rodeiam se focalizam no recém-nascido.

Esta angústia pode parecer ainda mais brutal e traumática quando a ausência do pai, a sua exclusão ou a sua existência fora do desejo materno conduzem a um bloqueio na relação mãe-criança.

"... Senti-me muito mal, muito só, as outras tinham todas os seus bebés ao pé, só eu é que não... dele não sei nada ... a minha mãe veio ... está muito contente com o bebé ..."

A criança chega em ruptura com o ser imaginário, nela se fixando os fantasmas de anomalias, doenças, atrasos, etc. Ao tornar-se responsável pela depressão da mãe, tornar-se-á objecto de ódio.

O bebé em abstinência apresenta-se hiperexcitável e

hipertónico, pode sofrer também perturbações digestivas e respiratórias. O quadro acorda na mãe sentimentos de desvalorização e culpabilidade susceptíveis de levar a um aumento dos consumos.

As perturbações da interacção mãe-criança são simultaneamente provocadas pelas particularidades do comportamento desta e pela ausência de receptividade ou de estimulação apropriada pela mãe. No entanto, em muitos casos, um reconhecimento recíproco pode ter lugar.

"... É muito pequeno ... tem às vezes uns tremores ... está sempre a querer comer ... mas, parece que já me conhece ... passo a maior parte do tempo na maternidade, com ele ..."

O aparecimento de uma criança na vida da mulher toxicodependente, a necessidade de lhe prestar cuidados, a obrigação de a inscrever na sua economia psíquica reactivam as posições actuais ou antigas da mãe face aos seus próprios pais, face à autonomia ou à dependência em relação a eles, aos outros e ao produto porque a criança depende dela.

Muitas mães, ao mesmo tempo que descobrem a sua capacidade do ser "boas mães", estabelecem uma ligação estruturante ao passado através de uma relação precoce satisfatória com o seu bebé.

F. 29 anos: Os pais separaram-se quando tinha 4 anos. Apesar da batalha judicial que a mãe travou durante 7 anos, o pai, homem poderoso e com uma personalidade vincadamente paranóide, nunca permitiu contacto entre elas.

F. foi criada por uma avó materna seca e sem ternura, o pai controlador e exigente espancava-a quando saía à noite.

Aos 16 anos vai viver sózinha, felizmente tem rendimentos próprios. Reata, então, um vago contacto com a mãe, entretanto casada e com outros filhos.

Aos 24 anos começou a consumir heroína. Aos 28 anos inicia um relacionamento afectivo sexual com um companheiro, não toxicodependente, muito frágil. Durante uma tentativa da paragem desenvolve um quadro de pânico com despersonalização e desrealização marcadas.

Procura ajuda porque está grávida, pára os consumos, frequenta o Programa de Educação e Preparação para o Parto, nunca falta à consulta.

Os contactos com a mãe tornam-se mais frequentes,

esta colabora acompanhando-a às consultas, adquirindo peças de enxoval.

"... As coisas com a minha mãe estão muito melhores, desde que ela nasceu ... sinto-a menos como uma estranha ... ela gosta muito da Antónia ... telefona-me quase todos os dias ... é pena morar tão longe ..."

"Até já fiz as pazes com o meu pai ... é claro que preciso de manter distância ... ele quer sempre meter-se na minha vida ..."

Para outras, a criança, de quem se esperam gratificações excessivas, só pode ser percebida de forma maniqueísta, como toda boa ou toda má. O investimento materno acompanha esta visão alternando frequentemente entre dois polos: a fusão e a rejeição.

Vivendo permanentemente na nostalgia de uma relação mãe-criança idealizada, mostram-se incapazes de descodificar a linguagem do filho e de se adaptar às suas necessidades.

Os ensinamentos de puericultura devem ser ministrados de forma reflectida pois se podem suportar uma capacidade maternal vacilante, podem também contribuir para a impossibilidade de investir a criança, de lhe prestar os cuidados necessários ou reactivar uma dependência.

As dificuldades de adaptação recíproca da díade mãe-criança podem provocar situações patogénicas. A recaída marca e acentua as dificuldades; muitas vezes será necessário tempo para que o processo de harmonização se desenvolva.

Uma acção contínua junto da mãe e da criança torna-se indispensável.

CONCLUSÃO

O tratamento de uma grávida toxicodependente e depois da díade ou da tríade necessita sempre da intervenção de vários especialistas e equipas multidisciplinares em que o

reconhecimento da especificidade e dos limites de cada um dos parceiros médico-sociais é indispensável.

Qualquer intervenção terapêutica deve ter em conta:

- 1) a função da droga na economia psíquica de cada mulher;
- 2) a especificidade das relações com as figuras parentais;
- 3) a qualidade da relação e as características do companheiro (quando existe);
- 4) os problemas médicos, obstétricos, sociais, económicos e judiciais;
- 5) a qualidade da relação precoce.

A visão que os terapeutas têm destas mulheres pesa muito na sua evolução ulterior. Exigências imediatas de abandono dos consumos podem devolver-lhes uma imagem de fracasso e favorecer a emergência de profundos sentimentos de incapacidade, correndo-se o risco de precipitar rupturas relacionais, recaídas, reacções de abandono, de carência, etc.

É preciso colocarmo-nos numa atitude de disponibilidade e atenção mas, ao mesmo tempo, estabelecer as regras, ser capaz de dizer não, aceitá-las como são, com a sua agressividade, fracassos e ambivalência e permitir a elaboração de um trabalho de maturação psíquica através da relação que estabelecem com a sua criança.

Confiantes e seguras, com a equipa como referência, muitas destas jovens toxicodependentes mostram-se capazes de desenvolver os esforços necessários para levar a bom termo a sua gravidez e estabelecer uma relação precoce satisfatória. ■

Margarida Pimenta

Consultora em Psiquiatria,

Assistente Hospitalar,

Coordena a Equipa Materna-Infantil do Cat das Taipas

B I B L I O G R A F I A

- EBERT J., 1988, *Soins aux (futurs) Mères Toxicomanes at a leurs Enfants: Pour un abord plus objectif*. Symposium Les femmes et la drogue. Gerzensee, Suisse.
- ERIKSON E. H., 1959, *Growth and Crisis of the Healthy Personality*. Kluckhohn and Murray.
- ESQUÍVEL T., *Les Enfants de Parents Toxicomanes*.
- HAGMAN G., 1995, *A Psychoanalyst in Methadonia*. Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 12 - nº 3 - 167 - 179.
- JUSTO J. M., 1990, *Gravidez e Mecanismos de Defesa: Um estudo introdutório*. Análise Psicológica. 4 (VIII).
- MALDONADO M. T., 1980, *Psicologia da Gravidez, Parto e Puéripério*. Petrópolis, Vozes.
- PALMINHA J. M., 1993, *Os Filhos das Toxicodependentes - Novo Grupo de Risco Psicossocial*, Bial.
- PARQUET J., BAILLY D., 1988, *Toxicomanie et Grossesse*. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 36 (2-3), 109 - 117.
- PIMENTA M., MADUREIRA L., REIS T. N., 1992, *A Gravidez na Mulher Toxicodependente*. Com. as Jornadas Comemorativas dos LX Anos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa.
- PIMENTA M., 1995, *Factores Predictivos do Abandono da Criança de Mãe Toxicodependente*. Com. a II Conference Européenne da E.R.I.T., Paris.
- ROSENBLUM O., CHARLES NICOLAS A., 1991, *Prise en Charge des Mères Toxicomanes*. Témoignage, Soins nº 545.
- TABOADA M., 1988, *La Femme Consommatrice de Drogues*. Symposium Les Femmes et la Drogue. Gerzensee, Suisse.
- TAVARES L., 1990, *Depressão e Relacionamento Conjugal durante a Gravidez e Pós-parto*. Análise Psicológica, nº 4 (VIII).