

VI

Escutando as famílias

Discutiremos as características de famílias em que um ou mais membros apresentam adicção a drogas, a partir de fragmentos de casos clínicos atendidos em consultório privado e clínicas para tratamento da dependência por substâncias, enfatizando suas formas de comunicação, estrutura familiar, e impasses no desenvolvimento, característicos da codependência.

Tais famílias participaram de tratamentos em três instituições especializadas, e terapia familiar em consultório privado posterior ou concomitante, com uma dinâmica fundamentada em metodologias mistas, tais como Entrevista Motivacional, Terapia Cognitivo-Comportamental, Programa de 12 Passos e na Terapia Familiar Sistêmica, visando à conscientização da problemática da dependência bem como o aprendizado de novas formas de viver e de se relacionar por parte do dependente e de sua família.

As abordagens terapêuticas usadas nas três instituições possuem um “programa familiar” padronizado, bastante similar, e que acontece essencialmente em grupo, sendo a frequência em geral de uma vez por semana. O grupo recebe familiares de dependentes que estão, ou não, em tratamento. É um grupo aberto, com frequência semanal média entre dez a vinte pessoas, variando de uma clínica para outra, de acordo com o número de pacientes internados. Os grupos contam com a presença de um ou mais representantes de cada família que comparecem juntos ou se revezam. Quando os membros de uma mesma família pertencem a subsistemas diferentes (por exemplo, esposa do adicto e os pais do adicto), os mesmos podem ser encaminhados para atendimento individual, quando necessário. Percebemos, ao longo do tempo, que os familiares que costumam comparecer geralmente são os responsáveis pela saúde do dependente e de toda a família, e, por conta dessa condição, estão particularmente interessados em “aprender” a lidar com a dependência no seu ambiente familiar.

Os relatos dos familiares nos grupos de família apontam para um sentimento de obrigação, uma “compulsão” a cuidar do familiar dependente. O adicto é visto como o “problema” da família, aquele que, além de não estar

conseguindo cuidar da própria vida, ainda atrapalha a dos outros. Os familiares se impõem uma responsabilidade em assumir os encargos da vida do adicto, algo que ele próprio parece não conseguir fazer. É possível perceber uma lógica binária no posicionamento da família, que se manifesta de forma adoecida; ora se sente obrigada a ajudar, tomando para si as escolhas pertinentes à vida do adicto, que parece não ter força diante de sua compulsão, ora se sente incapaz e ressentida diante daquele que parece não acionar sua liberdade individual (“força de vontade”) para mudar a relação com a droga, sendo encarado, desse modo, como “sem vergonha, mau caráter”.

Parece claro que essas duas posições em relação à liberdade do sujeito dependente se manifestam, em nível clínico, para além do sujeito, configurando um campo de intervenção para um dispositivo clínico que atue sobre as relações. O dilema familiar de se relacionar com o dependente aponta para a falta de liberdade dele, individualizando uma questão que, segundo a nossa percepção, coloca-se desde sempre no plano das relações. Os relatos dos familiares acerca de seus atos nos mostram um cotidiano tão viciado quanto o daquele que se droga, sendo vivido por pessoas que não são consideradas dependentes. Trata-se de uma repetição de ações ineficazes, cobranças, “cuidados” que não cuidam, ansiedade, remetendo a um modo de relação que parece não ter sido livremente decidido por ninguém, pois também evidencia um automatismo, uma “inevitabilidade”, uma repetição automática. E é com grande sofrimento e surpresa que essa experiência se enuncia nos grupos de família, enfatizando o caráter repetitivo e “inconsciente” da relação. O modo “dependente” de se relacionar parece ter capturado a todos, a despeito das possíveis liberdades individuais, possibilidades de escolha, lançando as relações familiares no domínio da doença, levando à necessidade de tratamento também para as pessoas que cercam o paciente. É como se a mesma dinâmica de vida atravessasse tanto familiares quanto pacientes. Quando se observa a fusão entre os familiares e o paciente identificado, percebe-se também, o nível coletivo da questão da compulsão, a codependência.

Através dos relatos e das experiências intensas de sofrimento dos familiares de pacientes internados, foi possível perceber a vivência de fusão dos familiares com o paciente. Apreendemos, dos relatos dos familiares, um sentimento de obrigação, uma “compulsão” a ajudar, a cuidar do paciente adicto. Ele é visto como o problema da família, aquele que, além de não estar

conseguindo viver a própria vida, ainda atrapalha a dos outros. Em nome do que parece ser uma sensação de que o adicto pode morrer se não for cuidado, os familiares que se sentem responsáveis praticam um esquema de dedicação total, de ocupação total do tempo e de vigilância incessante, no qual tanto o paciente quanto o familiar estão aprisionados, numa vida para dois. Há uma impossibilidade por parte dos familiares de experimentar um certo desprendimento face ao modo de vida do outro, levando à vivência de situações-limite para ambos. Contudo, separar-se parece ainda pior que viver “no limite”. É muito comum os familiares, após levarem o paciente para a clínica, experimentarem muito sofrimento: não conseguem dormir por se sentirem tristes, solitários, às vezes culpados pelo dependente estar internado; freqüentam os grupos terapêuticos desejando saber como está o dependente, e que estratégia usar frente ao descontrole do mesmo. Muitos familiares, ainda, têm telefones que existem apenas para emergências do paciente, para se comunicar com ele à qualquer hora. Embora haja uma queixa, um ressentimento em relação ao dependente, que eles justificam pelo fato de ele ser alguém que está prejudicando a si e aos outros, um sentimento de que ele poderia estar fazendo diferente, há também o lado das ações que levaram à construção do conceito de codependência, e que se justificam pelo fato de os dependentes serem considerados doentes, incapazes de ter alguma ingerência sobre seu comportamento. Isso se exemplifica em atitudes dos familiares, tais como: buscar o dependente na rua, pagar a conta do bar, ligar para o trabalho dele e inventar algo, pelo fato de ele não conseguir ir trabalhar, etc.

Os casos que serão aqui discutidos são de familiares membros desses grupos.

1

Apresentação de casos clínicos

Caso 1

Pai: 64 anos, funcionário público.

Mãe: 65 anos, do lar.

Filho: paciente identificado (P.I.), homem, 40 anos, terceiro grau incompleto, desempregado, separado, pai de dois filhos, morando com os pais.

Filha: 42 anos, advogada, casada, mãe de dois filhos.

Mãe e filha iniciam participação no grupo de familiares, trazendo a preocupação com o comportamento do P.I., principalmente a partir de episódio de evidente descontrole, no qual, em festa na casa dos pais, com toda família reunida e muitos amigos presentes, completamente embriagado, reage agressiva e violentamente ao pai e outros familiares que tentam demovê-lo da idéia de sair já em alta hora da madrugada, e dirigindo automóvel.

O P.I. faz uso de múltiplas substâncias desde a adolescência, época em que admitiu uso de maconha. Desenvolveu comportamento adicto principalmente a partir do uso de álcool e cocaína. Abandonou os estudos, sem concluir a universidade, após várias tentativas em cursos diferentes. Teve alguns empregos sem conseguir fixar-se satisfatoriamente em nenhum deles. Seu primeiro filho foi fruto de gravidez indesejada da namorada por quem ele dizia “não ser apaixonado”, e que segundo a família, ele tratava mal. Acabou casando-se com a namorada com quem veio a ter mais um filho. A separação veio por iniciativa de sua esposa, que confidenciou para a irmã do P.I. que não agüentava mais suas bebedeiras e drogadicção. Desempregado e sem recursos financeiros, voltou a morar com os pais.

Durante os doze meses em que mãe e irmã participam do grupo familiar, o pai permanece ausente do tratamento. Apesar da aparente união entre as duas, percebe-se claramente a presença de animosidade e franca divergência de opinião. A mãe justifica a ausência do pai, dizendo que ele trabalha muito e seu horário não é compatível com o da terapia, e minimiza o padrão de comportamento adicto do filho, através de atitudes ambivalentes, ora controladoras, ora condescendentes. A irmã demonstra muita raiva em relação à adicção do seu irmão, apesar de querer ajudá-lo, e muita insatisfação com a ausência do pai e as atitudes da mãe.

Nesse período, cedendo às pressões da família, o P.I. aceita ajuda profissional e demonstra melhora no que se refere ao abuso de álcool e outras drogas, apesar de aderência instável a sua terapia e da manutenção do discurso favorável ao uso do álcool.

Estimulados pela filha, que já havia sido importante para a ida da mãe ao grupo de familiares, a família procurou terapia familiar, justificada pelo argumento de que o pai, francamente contrário à terapia, aceitaria melhor sua exposição diante apenas de um profissional e de sua própria família.

Durante os seis meses da terapia familiar, o P.I. recusou-se a participar.

Caso 2

Mãe: 84 anos, viúva, aposentada.

Filha: paciente identificada (P.I.), 54 anos, casada, dois filhos, do lar.

Filho: 46 anos, casado, bancário, dependente de drogas a sete anos em abstinência.

A família inicia tratamento, por sugestão do filho, que estava “em recuperação”, e já havia passado por todo esse processo há sete anos atrás. Relatam como queixa principal o comportamento adicto ao álcool da filha, que vem bebendo diariamente de forma compulsiva e, em consequência, apresentando episódios de descontrole, brigas com o marido e incapacidade de gerenciar sua vida e cuidar da filha. A preocupação da família aumentou quando a P.I. apresentou “vontade de morrer”. A P.I. é casada há trinta anos, tendo conhecido o marido estrangeiro na época em que foi estudar no exterior. Tem dois filhos, um adulto jovem morando no exterior, e uma filha deficiente que necessita de atenção e cuidados especiais. Nunca trabalhou, porque desde o início do casamento, o marido “impôs” tal condição, apesar de afirmar sua frustração, quando, no início do casamento, estava diante de ótima oportunidade profissional no exterior. Mudam-se para o Brasil há alguns anos, depois que o marido se aposentou, com a intenção de montar um negócio, que não deu certo. A partir de então os problemas se agravaram. A família afirma que os problemas de comportamento decorrentes do uso de álcool existem há muitos anos, mas que sempre foram difíceis de abordar em face da P.I. ter vivido fora do país por vinte anos, acompanhando o marido em suas atividades profissionais. A presença do uso compulsivo do álcool na família é grande. A P.I. perdeu o pai quando estava na adolescência, vítima de complicações clínicas decorrentes do abuso na utilização do álcool e medicamentos auto-administrados. Segundo a família, o marido da P.I. “também é alcoólatra”.

Caso 3

Pai: 67 anos, empresário.

Mãe: 60 anos, desempregada. Adicta “em recuperação”.

Filho: Paciente identificado (P.I.), 34 anos, solteiro terceiro grau incompleto, desempregado.

Filha: 32 anos, solteira, formada em jornalismo, nunca exerceu a profissão. Trabalha com o pai.

Filho usuário crônico de múltiplas substâncias, tais como maconha, cocaína e ecstasy, já tendo passado por algumas internações em clínicas especializadas no tratamento das dependências. Segundo o pai, o P.I. “fica bem” durante as internações, mas não demonstra aderência ao tratamento ambulatorial posterior, retornando ao padrão de comportamento adictivo alguns meses após deixar as internações. A família reconhece que tais propostas terapêuticas estiveram, até agora, focadas no P.I.. Este iniciou o uso de drogas na adolescência, e desde os 17 anos, os problemas começaram a se tornar evidentes. Concluiu o segundo grau com dificuldade, mas abandonou a universidade na terceira tentativa. A única experiência profissional aconteceu trabalhando na empresa do pai, de onde foi afastado pelo baixo rendimento e comportamento irresponsável, francamente associado à dependência de drogas. Os pais estão separados há quase trinta anos, segundo o pai, por não suportar o comportamento adicto da ex-mulher, também dependente de drogas, e há alguns anos “em abstinência”, freqüentando grupos de alcoólicos e narcóticos anônimos. A separação ocorreu com os filhos ainda crianças e, estes, ficaram morando com a mãe até o início da adolescência.

A família começou a participar do tratamento em razão da internação do filho.

Caso 4

Mãe: 54 anos, separada, bancária aposentada.

Filho: paciente identificado (P.I.), 30 anos, solteiro, universitário, funcionário público, morando com a mãe.

A mãe procura tratamento, inicialmente sozinha, desesperada pelo comportamento violento do filho, que usa maconha diariamente, em casa, há muitos anos, além do uso regular de álcool. Em consequência disso, o P.I.

apresenta comportamento agressivo, principalmente quando contrariado pela mãe. O P.I. mora com a mãe e tem um irmão casado que vive em outra cidade e pouco participa da vida da família de origem. O pai é completamente ausente desde a separação, que ocorreu quando o P.I. estava com seis anos, e não há busca de contato por nenhuma das partes. É descrito pela mãe como um homem indolente, fraco e sem ambição profissional, sempre deixando para ela o papel de principal provedor da família. Após a separação, o pai demonstrou completa ausência física, afetiva e financeira, papéis que passaram a ser assumidos integralmente pela mãe, que sempre trabalhou muito desde a morte de seu próprio pai, quando era adolescente. Esta, por sua vez, parece viver um intenso processo de fusão com o P.I., abrindo mão de praticamente todas as possibilidades de um projeto pessoal de vida, que não envolvam “cuidar” do filho e suprir suas necessidades. O P.I. está na universidade há dez anos, demonstrando dificuldades em concluir o curso. Pediu demissão do seu primeiro emprego, passando a viver de “maconha, praia e cama”, segundo a mãe, que sempre custeou todas as despesas do filho. Recentemente iniciou novo trabalho, “arranjado” pela mãe, e tem demonstrado total irresponsabilidade com horários e frequência.

Caso 5

Pai: paciente identificado (P.I.), 49 anos, segundo grau incompleto, desempregado.

Mãe: 49 anos, empresária.

Filhas: 24 e 21 anos, ambas universitárias, solteiras, não trabalham, e moram com os pais.

A família procura o tratamento a partir de um breve episódio de separação conjugal. A queixa principal apresentada pela mãe era que não suportava mais o comportamento adicto do marido, insatisfação esta agravada pela descoberta de que este mantivera uma relação extraconjugal. Na verdade, os problemas entre os membros do casal já ocorriam há muito tempo, por conta do comportamento adicto do P.I., usuário de álcool e cocaína desde a adolescência. Este atualmente está desempregado, segundo a família, após ter levado à falência o restaurante montado com investimento financeiro da esposa. Passava os dias consumindo álcool no local de trabalho, até altas horas, quase sempre em companhia de amigos dependentes, com absoluta incapacidade de administrar seu próprio

negócio, que acabou falindo. O P.I. desde jovem apresenta problemas decorrentes do uso de substâncias. Abandonou a escola na adolescência e começou a trabalhar. Teve diversos empregos durante a vida, porém nunca obteve sucesso. A maior parte das despesas da família sempre ficou ao encargo da mãe, que herdou do pai falecido a empresa que administra com os irmãos. A esposa, por sua vez, ao longo de todo o casamento, demonstra condescendência com o comportamento adicto do P.I., assumindo cada vez mais não só o papel de provedor da família, mas também o papel afetivo e educador perante as filhas do casal.

Caso 6

Pai: paciente identificado (P.I.), 46 anos, engenheiro.

Mãe: 44 anos, psicóloga.

Filhos: 21 e 19 anos, ambos universitários, solteiros e morando com os pais.

A família inicia o tratamento a partir da internação do pai, o P.I., precipitada pelo seu desaparecimento de casa e do trabalho após uso compulsivo de álcool e cocaína. Usuário de drogas desde jovem, vem apresentando descontrole do comportamento nos últimos anos, com significativa queda do rendimento profissional, e desaparecimentos de casa e do trabalho, em consequência da compulsão pelo uso das drogas. Segundo a família, sempre foi um pai presente, além de ótimo profissional, mas vem gradativamente deteriorando suas relações familiares e profissionais em decorrência do comportamento adicto. Os filhos demonstram estarem gradativamente se afastando do pai, assim como também sua esposa. Após algumas tentativas de tratamento ambulatorial e terapia individual que não pareceram surtir resultado, aceita a internação após abordagem da família. Apresenta-se sensibilizado pela reação dos filhos, que demonstram grande sofrimento pelas alterações que vêm acontecendo gradativamente com o pai, e sofrem com a sua ausência.

2

Discussão dos casos clínicos

Na discussão dos casos aqui apresentados, escolhemos enfatizar três importantes dimensões dos padrões relacionais da família adictiva: a forma de comunicação, os impasses do desenvolvimento e a estrutura familiar.

2.1

A forma de comunicação

A comunicação nas famílias de codependentes caracteriza todo o sentido da função do sintoma neste sistema. Isto porque é a partir dela que atua toda a estrutura familiar. Também é consequência imediata da forma como a família se estrutura e de como lida com seus impasses ao longo do tempo, enquanto reforça intensamente seus padrões relacionais.

Salientamos que o segredo, através de omissões e mentiras, está no âmago da linguagem utilizada nas famílias codependentes. Ele aparece sob a forma de pactos, alianças e coalizões, e mantém a estrutura familiar funcionando como tal. Entretanto, a forma mais contundente e poderosa de se sustentar a linguagem do segredo nas famílias de codependentes é por meio da negação.

No caso 1, podemos perceber a negação extremamente utilizada no sistema. Os pais minimizam a gravidade do processo de dependência do filho, justificando e atribuindo sua perda de controle ao desemprego, à separação e à falta de perspectivas em razão de sua idade e ausência de formação profissional.

Este fato pode ser observado, quando o pai admite que não acredita na adicção do filho, apesar de todas as evidências, mas acredita que caso o filho consiga estruturar sua carreira, sua vida material e financeira, poderia inclusive beber normalmente. Os pais admitem que não acreditam que seu filho tenha parado de usar drogas e, apesar disso, vêm aportando grandes quantidades de dinheiro para pagamento de inúmeras dívidas do filho, cedendo carro da família para uso irrestrito do filho, com a justificativa de que a mãe não dirige mais, além da indefinição de regras quanto ao fato de estar morando em sua casa. Este fato

havia sido negado durante todo esse tempo, e era uma das razões pela qual o pai recusava-se a participar do tratamento.

No caso 6, a negação se apresenta sob a forma de pseudo proteção ao filho mais jovem, que desconhece o uso de cocaína do pai, e é alimentado com a idéia de que o problema refere-se apenas ao álcool. Quando finalmente a verdade é revelada, é justamente a reação deste filho um dos principais motivadores do tratamento do pai.

A negação tanto ajuda o P.I. a se manter no processo de dependência quanto ajuda os codependentes a acreditarem que realmente estão ajudando o adicto, como nos casos 1 e 6. Muitas vezes parece que o P.I. só pode contar com essa família, e eles fazem o que podem para ajudá-lo. Contudo essa ajuda está homeostaticamente servindo para mantê-lo no sintoma.

Podemos entender que a negação da família reforça a negação do próprio P.I., pois este ainda acredita que está conseguindo sustentar sua vida. Como mostra o caso 1, a vida do P.I., e a vida de seus filhos, está sendo sustentada por seus pais codependentes, que hiperfuncionam, compensando o baixo funcionamento do filho, ficando com ele o tempo todo, e tendo suas vidas dependentes da vida dele.

Ao mesmo tempo, no caso 1, a negação na família de origem proporciona sua ocorrência na família nuclear. Sua ex-mulher e filhos acreditam que ele está sendo “ajudado” por seus pais e por isso “dando conta” de sua vida. Seu uso de substâncias é escondido dos filhos pela ex-esposa e por seus pais. Seu núcleo familiar só entra em contato com a disfuncionalidade advinda do seu processo de dependência, nos fins-de-semana em que está com os filhos. Nestes poucos momentos, este subsistema adquiriu uma série de mecanismos para não entrar em contato com a dura realidade: os filhos aproveitam as “vantagens” de estarem na casa dos avós, que também desfrutam dos netos.

Como já sinalizado anteriormente, a família “toma a frente” quando uma grande crise acontece. No caso 1, a indignação da filha com o comportamento adicto e irresponsável de seu irmão, e com a condescendência dos pais; e no caso 6, o desaparecimento do pai por 24 horas, e seu encontro com o filho ao voltar pra casa, colocou todos diante de uma situação que a família não podia mais negar. Portanto, a coalizão, no caso 1, mantida pelo segredo entre os pais e o filho acerca de seus gastos financeiros, e, no caso 2, mantida pelo segredo entre pais e filho

mais velho do uso de cocaína, não pôde ser sustentada quando a filha (caso 1), e o filho mais jovem (caso 2) entraram nessa dinâmica. Este pareceu ser o limite dessas famílias, pelo menos até o momento.

No caso 1, na irmã, no caso 3, no pai, assim como no caso 4, na mãe, a negação aparece misturada com muita raiva e ressentimento. Está presente em ambos os casos uma grande instabilidade emocional nos familiares citados, com forte alternância em suas emoções. Em determinados momentos parecem cientes de que um membro da família encontra-se seriamente envolvido em um processo de dependência e que precisam aprender a lidar com essa situação a fim de se proteger e, ao mesmo tempo, ajudá-lo no que puder. Em outros, sentem-se pessoalmente ofendidos pelas agressões e desconsiderações de seus dependentes, e se perguntam o que fizeram para tal comportamento do outro. Estes momentos são cheios de infelicidade, vazio e desesperança, e há troca de ofensas e ameaças vazias.

Quando se dão conta da dependência, conseguem se comunicar com mais assertividade, obtendo respostas mais satisfatórias. Um exemplo, no caso 3, ocorreu em uma ocasião em que o filho causou mais um acidente de automóvel. O pai que, até então, mesmo com muita raiva, sempre “providenciava tudo”, comunicou ao filho de forma serena que todas as conseqüências jurídicas e financeiras seriam de responsabilidade exclusiva do filho, já que o acidente havia sido causado por ele. O filho já havia causado “perda total” em dois automóveis, que foram imediatamente repostos pelo pai por modelos melhores. Dessa vez, o filho teve que vender o carro para cobrir prejuízos do acidente, e procurar a defensoria pública para responder processo judicial, tendo sido capaz de assumir responsabilidades, que antes eram sempre assumidas pelo pai. Outro exemplo, no caso 4, ocorreu quando o filho mais uma vez quebrou objetos em casa e agrediu fisicamente a mãe. Esta, pela primeira vez, aguardou até o dia seguinte, e com o filho sóbrio, pediu-lhe que arrumasse a bagunça que fez na noite anterior, e avisou-lhe assertivamente que havia prestado depoimento em delegacia policial formalizando queixa pela agressão física que sofreu. O filho posteriormente foi chamado a depor, e desde então cessaram as agressões.

Os casos 3 e 4 apresentam ainda uma característica muito marcante das famílias codependentes: a dificuldade de falar de sentimentos. O silêncio é a marca da codependência. Ele geralmente é quebrado ora com cobranças, ora com

acusações. Nos casos 2 e 4, esta é uma dificuldade que aparece em diferentes gerações familiares. No caso 4, a mãe foi filha de pai omissivo, que faleceu precocemente, e mãe violenta, que nunca falava sobre a situação familiar ou sobre seus sentimentos, e era sempre muito reprovadora e intolerante em relação aos sentimentos dos filhos. Ela conta o quanto era sofrido o ambiente familiar, o medo que tinha de voltar pra casa depois da escola, e a tensão que sentia quando se aproximava a hora da sua mãe chegar, pois tinha medo de ser agredida e ao mesmo tempo não podia se proteger. Esta situação trouxe um grande distanciamento de seus próprios sentimentos, fato este que se reflete em sua relação com seu filho. Enquanto no caso 2, o pai da P.I. faleceu prematuramente, com os filhos na adolescência, em decorrência de complicações clínicas por causa de dependência do álcool e de medicamentos de venda controlada. Era médico, o que favorecia o acesso às drogas que usava. A mãe da P.I. sempre “cuidou” de passar uma imagem de bom pai e bom profissional do marido, mantendo em silêncio toda sua dependência. Nunca se falou em família sobre o real motivo da morte do pai.

A mãe do caso 4 tem dificuldade de identificar o quanto vive com seu filho uma relação semelhante a que vivia com sua mãe, e o quanto os confunde muitas vezes. Sente-se subjugada, como se ele fosse mais forte do que ela, reagindo de uma forma extremamente conformista e disfuncional. Não consegue se defender nem consegue amá-lo. Sente-se dividida e confusa.

Por outro lado, o filho, em plena vigência de sua dependência, também se encontra indisponível emocionalmente e retroalimenta o comportamento da mãe. Este fato faz com que o filho se desfocalize de sua dependência. Ele está preso no sofrimento antigo do sistema, reforçando-o ou fugindo dele com sua dependência.

A negação, como fuga e como comportamento reforçador da dependência, manifestada pelo silêncio, também acontece no caso 6. O casal tem no comportamento disfuncional gerado pelo processo de dependência um amortecedor de suas frustrações conjugais, como afirma Kalina (1999). A gravidade da dependência e de suas conseqüências é negada por ambos quando estes apresentam uma intensa tolerância aos excessos que tal condição proporciona. A comunicação do casal é pautada no silêncio da mulher e do filho mais velho.

Ainda no caso 6, os desaparecimentos do P.I. aconteceram por anos, sem que sua mulher fosse capaz de se posicionar assertivamente, aceitando seus argumentos e explicações pueris. Em certa ocasião no tratamento, questionada por outro membro do grupo, afirmou não saber o que dizer, ou fazer, diante de tais “sumiços”. Percebe-se uma grande dificuldade de enfrentamento, acarretando comportamento omissivo e displicente. Já no caso 7, tanto o subsistema conjugal, como todo o sistema familiar, demonstram uma boa capacidade de conversar sobre qualquer situação, mesmo quando isso envolve a presença de emoções negativas, como raiva, medo ou dúvida em relação ao futuro da recuperação do P.I.. Talvez este seja um elemento que tem contribuído para a manutenção da sobriedade do P.I., assim como para uma melhor qualidade das relações familiares.

Observamos que, paradoxalmente, a abstinência também costuma provocar a necessidade de estabelecimento de outro estilo de comunicação. Por exemplo, no caso 6, quando o marido fica abstêmio, um outro tipo de silêncio se coloca entre os membros do casal. Neste período de abstinência a comunicação foi a principal dificuldade entre eles. O casal não se mostrou capaz de criar novos vínculos afetivos, como se o único vínculo possível fosse a dependência, e continuou agindo como se o uso de drogas estivesse presente, sentindo bastante desconforto e dificuldade em conversar.

A dificuldade de comunicação neste sistema alimenta intensamente a questão do estabelecimento de limites dentro da família. Não há demarcação de fronteiras, o que favorece a presença dos mais diversos tipos de abuso. A perda de controle é alimentada pelo silêncio omissivo, que proporciona um terreno livre para os excessos. Para Krestan e Bepko (1995), a negação com relação à dependência pode estar escondendo segredos muito piores, como no caso 6, onde os desaparecimentos de casa e o desinteresse sexual do casal, revelam um problema conjugal que vai muito além da dependência, e que não poderá ser solucionado se este sistema não encontrar formas de estabelecer fronteiras funcionais e o silêncio continuar a ser a forma de comunicação da família.

2.2

Os impasses no desenvolvimento

Uma característica comum nas famílias codependentes, diz respeito ao modo como seus membros apresentam dificuldades na evolução do ciclo vital. Podemos perceber em todos os casos apresentados neste estudo, importantes impasses no desenvolvimento que abrem espaço para a presença e a manutenção da dependência.

No caso 1, apesar do P.I. ter conseguido formar sua família nuclear, não consegue assumi-la como tal, voltando a morar com os pais, e deles “depende” financeiramente. Suas funções passam a ser divididas entre a sua ex-mulher, no que se refere a um aumento da responsabilidade pelos cuidados dos filhos, e seu pai, que passa assumir o papel de provedor. Comprometido pelo comportamento adicto, não consegue se recolocar profissionalmente, e, imediatista, não aceita trabalhar por baixos salários visando um crescimento profissional futuro. Caracteriza uma dificuldade de avançar no ciclo vital, retrocedendo e permanecendo na condição de filho.

Nos casos 1, 3, 4 e 5, as famílias tratam o P.I. como uma criança que não pode ser contrariada, já que, em ambos os casos, na verdade o P.I. não é o “dono do seu nariz”, é um *pseudodono* de sua vida. Vive a pseudodiferenciação nas áreas mais importantes da vida. Os P.I.(s), em ambos os casos citados, apesar de terem idades adultas, vivem como adolescentes, condição facilitada tanto pela forma como a família trata seus problemas quanto por sua vivência na dependência.

Ainda nos casos 1, 3, 4 e 5, os P.Is. sem metas de crescimento profissional e pessoal, cada vez mais frustrados, acabam por se drogar com mais vigor e desespero, aumentando a compulsão e fortalecendo o círculo vicioso da codependência. Os P.Is. acabam por se colocar em uma condição que deixa a família diante de um trágico dilema: suportá-los assim, ou deixá-los, sob o risco de perdê-los para sempre.

A estrutura familiar nos cinco primeiros casos tem características de cronificação da codependência muito importantes. Em ambos os casos, o sistema apresenta uma resistência muito grande no sentido de mudança no padrão relacional. Os familiares demonstram muita resistência a qualquer mudança relacionada à superproteção e ao fato de assumirem para si papéis e

responsabilidades que seriam dos filhos. Eles manifestam muito medo de perder o P.I. para a dependência. Acreditam realmente que seu excesso de cuidado ajuda o dependente a sobreviver. E de certa forma isto é verdade, entretanto também ajuda a mantê-lo na dependência. A tolerância que o sistema codependente apresenta, em relação ao comportamento disfuncional do adicto, é imensa. Em todos os casos estudados, observamos que as famílias suportam todo tipo de comportamento do adicto – falta de respeito, humilhações, agressão verbal e até mesmo física – confundindo condescendência e falta de limites com cuidado. Como assinala Stanton (1999), a família sofre com o comportamento do adicto, mas não abre mão dele.

Podemos observar no caso 3, que o pai suporta todo o abuso financeiro do filho, assim como no caso 4, a mãe suporta todo tipo de humilhação, ambos agindo em nome do “cuidado” com os filhos. Situação semelhante aparece no caso 5, onde a esposa, em nome do casamento e da família, submete-se a prover financeiramente sozinha a família e o marido, por anos, apesar de ele continuar bebendo “diariamente” e admitir, inclusive, relação extraconjugal. Em ambos os casos, podemos observar o que denominamos como *facilitação: no desejo* de serem amorosos, prestativos, e na tentativa de ajudar, os familiares codependentes fazem coisas que acabam por facilitar a manutenção do padrão patológico do dependente de drogas. Tais procedimentos são exercidos pelos facilitadores da família que atuam de várias formas. A ilusão de que ser “legal”, “bonzinho”, vai produzir uma cumplicidade e provocar no outro o comportamento esperado é a base do binômio facilitação/controle, que, é claro, não funciona. Comportamentos tais como: negar a existência ou a gravidade do problema; assumir todas as responsabilidades diretamente ligadas ao dependente; salvar o dependente das conseqüências do uso; na verdade apenas reforçam e ajudam o dependente a manter a idéia de que é possível continuar usando drogas sem que haja uma conseqüência danosa em relação a isso, já que tudo acaba se resolvendo. O dependente avança das mais diversas formas, sem encontrar nenhuma barreira para seu comportamento disfuncional.

Os casos 1, 2 e 5, servem para ilustrar um importante fator de favorecimento da manutenção da dependência, que é o enfraquecimento ou a má qualidade do vínculo conjugal. No caso 1, o P.I. desde os tempos de namoro já mostrava desdém pela futura esposa, e mãe de seus filhos. O matrimônio foi

precipitado pela gravidez indesejada, e, ao longo da relação, o casal nunca conseguiu formar um vínculo saudável. Na verdade, nunca houve um projeto de conjugalidade, e com a separação, o P.I. volta para a casa dos pais, que passam a ocupar grande espaço em sua vida. No caso 2, a alternância dos papéis da dependência e da codependência, entre os membros do casal, ambos dependentes, e a submissão da P.I. às vontades do marido, sempre abrindo mão de seu projeto pessoal a favor dos projetos do marido, demonstra o frágil vínculo conjugal. No caso 5, fica evidente a má qualidade conjugal, com idas e vindas, separações e “voltas pra casa”, além de relação extra-conjugal. Não é nosso objetivo fazer especulações acerca desta realidade, e sim apontá-la como um fator importante para a manutenção do *status quo* familiar, assim como uma das direções para a mudança. Ou seja, estamos afirmando que um caminho de mudança no padrão relacional mantenedor da dependência, é o fortalecimento da posição dos subsistemas da família. O enfraquecimento dos vínculos na família nuclear parece exercer uma força contrária, de manutenção da situação da dependência (homeostase), dificultando qualquer tentativa de continuidade à mudança de padrão comportamental de todos os subsistemas.

O problema da qualidade do vínculo conjugal tem relação com outra questão importante. O grande espaço ocupado pela família de origem no dia-a-dia dos dependentes de drogas, em detrimento de sua família nuclear. Como ressaltam Carter e McGoldrick (1995), podemos perceber que o espaço que a família de origem ocupa para um indivíduo é, no decorrer de seu desenvolvimento, diminuído por conta de seu processo de diferenciação, que proporciona um engajamento em novos grupos, principalmente no investimento na família nuclear. Nos casos aqui estudados, este processo parece não ter acontecido de fato. Nos casos 1, 2, 3 e 4, as famílias de origem ocupam os espaços mais importantes na vida do seu respectivo dependente, principalmente na solução de todos os seus problemas, como se ele não tivesse saído de casa. Nos casos 1, 2, 5 e 6, a dependência por substâncias pode ter piorado após o nascimento ou crescimento dos filhos, pois nesses casos, o P.I. chegou a formar sua família, mas não consegue acompanhar seu desenvolvimento.

Stanton (1999) ressalta, em quadros semelhantes, que estas pessoas, na verdade, nunca saíram de suas famílias de origem. Bowen (1978) aponta que, exatamente em momentos de mudança, é que o grau de diferenciação pode ser

melhor observado. Podemos afirmar então, que nos casos 1, 2, 5 e 6, apesar do P.I. ter conseguido formar sua família, ele não alcançou de fato um nível de diferenciação necessário para sustentar sua saída da casa dos pais. Este fato pode ter sido agravado com o desenvolvimento de seu processo de dependência, que, por si só, possibilita um estado de dependência crônico. P.I. e família encontram-se então no dilema de contar com a família de origem para sustentar a presença da família nuclear e vice-versa.

Em alguns casos, o processo de dependência por substâncias é, desde cedo, tão intenso que dificulta que o indivíduo caminhe em suas etapas desenvolvimentais, como ilustra o caso 3. Neste caso, o processo de dependência pode não ter sequer permitido que o P.I. formasse sua família nuclear. O P.I. vem de uma família de dois irmãos, na qual ele é o filho mais novo. A irmã mais velha, apesar de não ter história de envolvimento com drogas, também mantém laços excessivamente fortes com o pai, dependendo dele, ocupando o lugar da mãe, que também apresenta longa história de envolvimento com drogas, com perda generalizada do controle de sua vida, inclusive com passagem policial. O P.I. se droga deste muito cedo, e sempre teve em seu pai um codependente que o “ajudava” e o sustentava. Em virtude da ausência física e afetiva da mãe, o P.I. parece transferir a função materna para a irmã, que a aceita imediatamente. Esta, por sua vez, também não constituiu família, vivendo sua vida em função de sua família de origem. Ficou cuidando de sua mãe, quando esta estava na “ativa” das drogas, depois de seu pai, e agora do irmão. No papel de cuidadora da família, a filha não teve tempo de constituir a sua própria, e parece ter como herança ocupar esse lugar, se perpetuando na família.

Neste caso, o P.I. vive a situação de pseudodiferenciação quando está em seu mundo particular, com suas saídas repentinas, com seus amigos misteriosos, e seu envolvimento com o tráfico. Ao mesmo tempo não mostra nenhuma condição de viver sem o pai, que lhe dá sustento e local para morar. Já para a irmã, ele é a sua companhia “eterna”, porque ele não se diferencia e, por conseguinte, não vai embora. Ambos estão presos nas lembranças familiares, mantendo a ilusão de que a família deverá estar unida para sempre, com a dependência colando ambos nessa rede familiar, e com o pai “sustentando” financeiramente tudo e todos.

No caso 5, a pseudodiferenciação é mais caracterizada no que diz respeito à dependência emocional da mulher em relação ao marido (P.I.), e vice-versa. Não

há limites e fronteiras entre eles. Demonstram muita dificuldade de partilhar espaços, chegando a ter vidas pseudo-separadas. Isto porque o P.I. não participa de nenhuma atividade social com a mulher, e esta, por sua vez, diante do marido normalmente alcoolizado, ora está reclamando de seu comportamento, ora está completamente subjugada por ele.

Não há troca entre os membros do casal, e a individualidade é expressa com negligência emocional. Cada vez mais sozinhos, isolam-se em seus mundos um com o outro, e demonstram muita dificuldade com a separação. Para a esposa, as traições são motivo para não continuarem juntos, embora ela não consiga “visualizar” essa possibilidade, pois percebe sua vida completamente infiltrada na dele e vice-versa. Ela relata sentir-se muito culpada por não conseguir ajudá-lo e acredita ser este um dos motivos dele ser tão omissivo com ela e com as filhas. Cuida do marido como uma mãe, e este se comporta como seu filho na medida em que não se compromete com nenhuma das funções de marido e de pai.

No caso 7, podemos afirmar que a pseudodiferenciação se faz presente na dependência emocional da esposa em relação ao marido (P.I.). Contudo, podemos percebê-la contrabalançada pelo seu esforço em afirmar o lugar do marido como tal, e na postura deste em sustentar sua sobriedade, preservando seu lugar. Podemos especular aqui que o maior nível de diferenciação do casal com relação às suas famílias de origem permitiu a construção desta família nuclear, que, apesar de abalada pelo alcoolismo, encontra espaço para acontecer. Parece que este sistema apresenta flexibilidade suficiente para a evolução do seu desenvolvimento.

Não podemos deixar de considerar morte e separação. Stanton (1999), destaca a morte como um fator com poder de paralisar o desenvolvimento familiar, fato este também observado em alguns dos casos estudados. Acrescentamos que nessas famílias codependentes, além da morte, a separação conjugal também pode ter igual poder de paralisação do desenvolvimento do ciclo vital. No caso 2, a P.I. perde o pai de forma prematura e trágica na adolescência, em consequência do abuso de álcool e outras drogas. Sua filha mais nova nasce com doença neurológica de diagnóstico indefinido, provocando grande frustração e sofrimento. No caso 3, o pai ficou órfão muito cedo, o que o “empurrou” para o trabalho ainda jovem, em busca da própria sobrevivência. “Perdeu” o casamento em uma separação traumática, litigiosa, ficando com a posse e guarda dos filhos.

O filho (P.I.), por sua vez, sofreu a perda com a separação dos pais, assim como a perda da figura materna, dependente de drogas e ausente. Situação semelhante ocorre no caso 4, em que a mãe perdeu seu próprio pai, e também principal figura afetiva, muito cedo, vindo a perder depois o casamento. E seu filho (P.I.), também sofre com a separação e completa ausência do pai. No caso 5, ambos os cônjuges perderam o pai prematuramente.

Nos quatro casos, observamos que morte e separação contribuíram para o desenvolvimento e manutenção de padrões relacionais codependentes, através de um superapego e medo de separação muito intenso, o que dificulta qualquer tentativa efetiva de diferenciação. Tais subsistemas estão presos também nas lembranças dos lutos não resolvidos, das mortes não faladas, das dores emocionais não elaboradas. Tudo isto acaba por se transformar em abuso de drogas e superproteção, alimentando assim o ciclo codependente na família.

2.3

A estrutura familiar

Podemos observar nos seis casos clínicos apresentados, famílias com estruturas organizadas rigidamente funcionando em torno do dependente de drogas. No caso 1, o primeiro triângulo rígido observado é do filho em uma ponta, os pais na outra e a irmã na terceira ponta. A dupla formada em torno da questão da dependência está bem clara entre o P.I. e seus pais, com a irmã ocupando um lugar periférico, de *outsider*. Isto pode ser percebido quando cabe apenas aos pais lidar com as situações de perda de controle do filho. Eles costumam acudi-lo, pagando suas dívidas, lhe dando dinheiro, pedindo à irmã que “compreenda” que ele está “doente” e não discuta com ele, mantendo a homeostase familiar tentando minimizar os efeitos de seu comportamento. Não contam com sua família nuclear, alegando em parte a separação e também a pouca idade dos filhos. Este fato faz com que os pais, cada vez mais, tenham uma relação de cuidados excessivos com o filho, que reage a eles com agressividade e culpa, ficando mais na posição de filho na sua família de origem, do que na de pai na sua família nuclear.

Contudo é interessante notar o quanto as intervenções da família nuclear do P.I. provocam diferença em seu comportamento. O fato de o filho confrontá-lo

sobre uso regular de álcool, e questionar sua autoridade propiciou uma tomada de posição por parte da família nuclear e uma mudança na atitude do P.I.. Ocorre, neste caso, uma mudança de forças no sentido das triangulações, com o P.I. fazendo dupla com o filho, e os pais ficando *outsiders*.

Este fato – a mudança das forças nas triangulações – costuma trazer uma química nova ao sistema, que precisa ser sustentada enquanto um novo comportamento se instala, que seria o P.I. exercer mais a sua função paterna e abrir mão dos cuidados dos pais. Neste caso, a intervenção da família nuclear ocorre pontualmente, em situações de extrema crise e não costuma se manter ao longo do tempo. Ao finalizar a crise, os pais e P.I. assumem de novo a dupla rígida e todo o processo vivido anteriormente se reinicia. Por isso, afirmamos que a presença desta triangulação rígida até pode ser mudada em alguns momentos, mas tende a se perpetuar de forma “conservadora” como afirma Kalina (1999), na maioria das vezes, se todo o sistema não se atualizar e seguir avançando nas etapas do ciclo vital (Carter e MacGoldrick, 1995).

No caso 2, de modo diferente do que ocorre no caso 1, podemos afirmar que a dependência de álcool ocorre prioritariamente dentro do subsistema conjugal, atrelada à dinâmica do casal. Neste caso, a dependência do álcool ocuparia uma ponta do triângulo, junto com o P.I. como dupla e o marido na outra ponta. Isto acontece porque há muitos anos este casal se relaciona com a presença do abuso e da dependência do álcool entre eles.

Quando a P.I. para de beber, o marido e ela sentem-se perdidos e desconfortáveis no momento em que a dependência ativa fica como *outsider*. O marido expressa sua incredulidade a respeito da abstinência da mulher, tentando inclusive sabotar seu tratamento oferecendo-lhe bebida diversas vezes, e pedindo que ela compre a bebida dele. Parece que o relacionamento desta dupla é tenso e necessita triangular constantemente com situações bastante conflituosas, o que caracteriza a codependência.

Este fato também pode ser observado quando a P.I. reclama da ausência do marido em relação à filha deficiente. Aqui também podemos observar outra triangulação rígida, desta vez com o marido *outsider* e a P.I. e sua filha *insider*. A P.I. está sempre se dividindo entre sua filha (subsistema materno) e seu casamento (subsistema conjugal). Esta situação é reforçada devido à presença do álcool

desde o início do casamento e à dependência financeira da P.I. em relação ao marido.

No caso 4, encontramos a mãe triangulada com seu filho (P.I.) e com a dependência. Podemos observar que a mãe entra neste triângulo desta forma mais rígida, após sua aposentadoria, já que desde cedo, por conta da morte de seu pai, e mais tarde com a separação e ausência do marido, o trabalho sempre ocupou muito do seu tempo e sua dedicação, pois assim sentia que ocupava a função de cuidar e de proteger da família. Este arranjo ajuda a manter a dependência no sistema. Todo o relacionamento deles gira em torno da possibilidade, ou não, de ele ter usado drogas naquele dia, de ter ido ou não à faculdade, de chegar bêbado, de quebrar alguma coisa em casa ou de ser agressivo com a mãe.

No decorrer de seu tratamento, a mãe apresentou muita dificuldade em investir energia em outras áreas de interesse que não fossem as relativas à dependência do filho. Não costuma sair ou manter outros relacionamentos, justificando que sempre fica muito preocupada em deixar suas coisas “à mercê” do filho. Acreditamos que a origem desta sua atitude é, em primeiro lugar, a própria gravidade da dependência do filho, que cada vez mais se apresenta intensamente envolvido com sua perda de controle, o que acaba por provocar a preocupação e o estado de alerta da mãe. Outra fonte de origem poderia ser explicada pela crença da mãe de que já está “velha” e que tem que cuidar mesmo do filho, na medida em que este já não pode contar com o pai. É a culpa que ela carrega, e que parece aprisioná-la na dinâmica desta triangulação que acaba dando sentido à sua vida.

A terceira fonte poderia ser de alguma forma, a tentativa da mãe resolver seu triângulo primário com a mãe e o pai, pois temos a informação de que seu pai abusava do álcool, e de alguma forma seu filho estaria reeditando o avô. Levantamos a hipótese de que o paciente dependente geralmente pode estar a serviço da atualização de um antepassado, falecido ou simplesmente ausente, para que, através dele, assuntos pendentes ou não falados venham à tona, dando assim, possibilidade de maior fluidez na comunicação da família.

Esta situação reforça o extremo apego que a mãe vive em relação ao filho, que se tornou o centro de sua vida. Vivendo esta relação indiferenciada com o filho, a mãe se sente culpada e insegura com qualquer postura que represente

algum nível de diferenciação, como, por exemplo, expor coerentemente sua posição.

Ao longo do processo terapêutico, essa mãe vem gradativamente evoluindo, se diferenciando do filho, conseguindo tomar algumas atitudes neste sentido, como não fazer mais suas compras, nem tampouco preparar seu cardápio especial. Afirma fazer isso por sentir-se fortalecida através da terapia. Acreditamos que o grupo esteja-lhe ajudando a arriscar-se em uma nova triangulação, desta vez com o grupo, para que possa trazer, para o relacionamento com o filho, novos repertórios de comportamentos e sentimentos.

Já no caso 3, o pai tem muita dificuldade de trazer novos comportamentos para o relacionamento com o filho. Acreditamos que isto se deve à cronificação do quadro, devido ao longo tempo através do qual a família se configura desta forma. Acreditamos que quanto menor o tempo deste tipo de triangulação, maiores serão as facilidades de mudanças. Da mesma forma em que acreditamos que quanto mais fortes são as figuras parentais – os pais - mais fortes serão também tais triangulações.

No caso 2, a dependência entra progressivamente na relação do casal, estabelecendo-se após o nascimento da filha caçula. A P.I. relata que o marido reagiu mal ao nascimento da mesma. Como essa filha nasceu deficiente, a mãe teve que se dedicar muito a ela, favorecendo o distanciamento entre o casal assim como a progressividade do alcoolismo. A triangulação principal, neste caso, é com a P.I. e sua filha, que também ocupa o lugar de paciente identificada, e seu marido em outra ponta. Neste caso, o marido parece ficar isolado enquanto a P.I. e a filha formam um outro grupo.

Outra característica muito comum, nas famílias com codependentes, é a falta de fronteiras entre os subsistemas. No caso 6, ao longo do processo de desenvolvimento da dependência, a esposa não pode contar com o P.I. como companheiro no subsistema conjugal. Os filhos passam a ocupar este lugar, enquanto o pai fica numa posição periférica, como filho de todos. Nesse caso, os filhos ajudam a mãe a cuidar do pai, assim como dela própria.

Quando o P.I. finalmente estava em abstinência, sua esposa foi orientada a demarcar a fronteira do subsistema conjugal, assumindo seu lugar de esposa e companheira. Seus filhos participaram algumas vezes do grupo de terapia, no qual foi abordada a questão do quanto precisavam cuidar de suas próprias vidas,

deixando a função de cuidadores dos pais e voltando a seus lugares de filhos. O filho mais jovem sempre expressou muito medo e preocupação em deixar por conta de sua mãe e de seu pai a liderança da casa. Contudo, a mãe tem sido muito assertiva com os filhos, através de uma comunicação mais aberta e de ações que demonstram seu desejo de assumir a casa junto com seu marido. E, desta forma, seus filhos vão gradativamente retomando seus lugares no subsistema fraterno.

O P.I. tem se mostrado mais forte na relação conjugal, fazendo dupla com a esposa, deixando sua dependência *outsider*. A esposa tem respaldado a atuação de seu marido com relação aos filhos, ajudando a fortalecer sua posição hierárquica de pai. Este, por sua vez, na medida em que está longe da dependência ativa de drogas, se fortalece a cada dia na hierarquia do sistema, o que ajuda todos a se posicionarem também de forma mais adequada.

No caso 5, podemos perceber uma indefinição hierárquica muito mais grave e crônica. O P.I. é extremamente desqualificado em sua posição hierárquica de pai, marido e provedor. Em vez de autoridade, tenta exercer uma dominação pelo descontrole e pelo medo, ao mesmo tempo em que coloca-se como extremamente debilitado e dependente, sofrendo uma dominação pela mulher e pela filha mais velha. Sua mulher é a única responsável pelas contas da casa. Torna-se a dona da casa, estando, portanto, sozinha no subsistema conjugal. Por sua vez, o P.I. assume o papel de filho irresponsável. Não tem compromissos com a mulher, nem com as filhas, nem com a casa, fazendo o que quer na hora que bem entende.

Neste caso, quando o P.I. pára de beber, ficando a dependência como *outsider*, a relação do casal se torna tensa. Passa a reivindicar a dedicação total da esposa, e a criticar suas ações em relação às filhas, sem ocupar seu lugar de pai. A esposa, apesar de querer o marido, sente-se muito dividida: será seguro trocar o “certo” (sua família) pelo duvidoso? E se o marido “recair”? Quando isto de fato acontece, a esposa do P.I. parece comprovar suas suspeitas e, apesar de sofrer com a dependência, volta à situação já conhecida.

No caso 4, as fronteiras hierárquicas estão indefinidas a partir da própria indefinição de fronteiras físicas dentro de casa. A mãe, dona da casa, comporta-se como refém do filho, permitindo que ele defina as regras de convivência do lar, como as compras a serem feitas, o cardápio a ser preparado, sua dominação da cozinha e de outros espaços da casa, suas “invasões” ao quarto da mãe, e até

mesmo ao seu uso regular de maconha dentro de casa. Quando tenta impor limites mais severos ao filho, este reage agressivamente fazendo com que se sinta intimidada. E, apesar de ser orientada a buscar cada vez mais a “marcação do território”, o que contribuiria para uma definição desta situação familiar, ela apresenta dificuldades, optando por sua própria saída, mudando-se para outro apartamento, menor e não tão bem localizado.

Com a continuidade do tratamento, a mãe demonstra avanços, conseguindo “tomar posse” de sua casa, e definindo limites claros quanto a compras, alimentação, e, principalmente, proibindo de forma definitiva o uso de maconha do filho dentro de casa. O P.I., freqüentemente, tem respeitado esses limites e sua mãe tem-se sentido mais confiante por conta deste estabelecimento de fronteira. Entretanto, ela própria reconhece que esta é a sua maior dificuldade.