

Le dinamiche familiari nella tossicodipendenza da sostanze: i funzionamenti “performante” e “affettivo”

Aldo Violino*, Tommaso Tunesi**

Summary

■ *The aim of this paper is to explore two family models frequently observed during sessions with drug addiction patients: performance-oriented functioning families and, on the other hand, those families with affect-oriented functioning.*

Based on over thirty years of clinical experience and observation, this paper analyses how these models affect the genesis and preservation of the addiction, focusing on the psychic mechanism related to the object relationship and the structuring of the “Self”.

Performance-oriented functioning families deny emotional needs, in favor of concrete and tangible achievements, whilst affect-oriented functioning families are characterized by an emotional enmeshment that can hinder self-sufficiency.

Ultimately, the article concludes by highlighting the importance of a specific intervention aimed at restructuring such family dynamics. ■

Keywords: *Performance-oriented functioning family, affect-oriented functioning family, drug addiction, entanglement, false-Self.*

Parole chiave: *Famiglia affettiva, Famiglia performante, Tossicodipendenza, Invischiamento, Falso-Sé.*

Introduzione

La famiglia ha storicamente rappresentato il primo e fondamentale contenitore psichico e affettivo per ogni individuo, il luogo in cui si gettano le radici delle prime rappresentazioni di sé e dell'altro. Tuttavia, negli ultimi decenni, il mutamento dei contesti sociali e culturali ha portato a una profonda trasformazione nella struttura e nelle funzioni della famiglia, dando vita a nuove forme di sofferenza e fragilità psicologica.

In questo scenario, le famiglie coinvolte nel fenomeno della tossicodipendenza offrono uno specchio particolarmente sensibile dei cambiamenti sociali in atto.

Al loro interno, le dinamiche relazionali spesso sono contrassegnate dalla confusione dei ruoli, dalla perdita di confine tra le generazioni e dalla trasmissione intergenerazionale di traumi e conflitti mai elaborati, che rendono difficile la costruzione di uno spazio affettivo stabile.

La tossicodipendenza, infatti, non può essere intesa semplicemente come un fenomeno individuale, ma come un

sintomo che emerge all'interno di una rete relazionale disorganizzata.

Quando un individuo sviluppa una dipendenza, si può spesso osservare come la famiglia non sia riuscita a svolgere quel ruolo di contenimento emotivo che avrebbe dovuto proteggere il soggetto dalla confusione interiore, lasciando al dolore psichico il compito di emergere sotto forma di agiti, cioè di comportamenti incontrollati e compulsivi, come l'uso di sostanze.

Questa realtà non è solo un disagio che affligge il singolo, ma un segnale di una disorganizzazione più ampia, che attraversa e travolge il nucleo familiare, spesso incapace di reagire in modo sano e costruttivo. In questo contesto, l'esperienza di oltre trent'anni nei Se.T. pubblici ci ha offerto un osservatorio privilegiato per analizzare questi cambiamenti.

Il Ser.T., come istituzione pubblica, è un osservatorio fenomenologico e storico del lavoro con diverse tipologie di pazienti, inizialmente con coloro che soffrivano di tossicodipendenza da eroina e successivamente con coloro che si trovano oggi a fare i conti con la dipendenza da cocaina.

Con il passare degli anni, abbiamo osservato l'evolversi non solo delle modalità di consumo, ma anche delle modalità di interazione tra le famiglie e i propri figli tossicodipendenti.

In particolare, l'esperienza ha portato a identificare due principali tipologie familiari che spesso emergono tra le famiglie dei tossicodipendenti: quelle con un funzionamento “performante” e quelle con un funzionamento “affettivo”.

* Dirigente psicologo, psicoterapeuta – SSD Psicologia Clinica ASST Ovest Milanese – Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze – Ser.T. Magenta.

** Psicologo tirocinante – SSD Psicologia Clinica ASST Ovest Milanese – Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze – Ser.T. Magenta.

Fenomenologia del tossicomane

Nel nostro lavoro clinico con persone tossicodipendenti, abbiamo imparato che non è possibile comprendere fino in fondo questo fenomeno se lo si riduce a un disturbo del comportamento, a una devianza sociale o a una semplice patologia biologica.

La tossicodipendenza è prima di tutto un'esperienza profonda di frattura della soggettività, un collasso del sé, un tentativo estremo di trovare una forma di esistenza alternativa in assenza di contenitori psichici sufficienti.

La sostanza, in questi casi, non è semplicemente un oggetto esterno di dipendenza, ma diventa una presenza interna organizzatrice della mente.

Il soggetto non vive più attraverso il desiderio o la relazione, ma attraverso la presenza o l'assenza della sostanza.

Come afferma Correale, il tossicodipendente diventa soggetto della sostanza nel momento in cui il Sé fenomenologico viene interamente colonizzato dall'oggetto-droga, che assume una posizione centrale nell'organizzazione psichica (Correale, Cangiotti, Zoppi, 2013).

Abbiamo osservato che, inizialmente, la sostanza può avere una funzione sintomatica.

Viene utilizzata per contenere stati affettivi troppo intensi, per anestetizzare un dolore interno non mentalizzato, per regolare angosce che non trovano rappresentazione.

In questa fase, la sostanza permette ancora una certa forma di investimento nella realtà.

Tuttavia, è proprio questa funzione che col tempo verrà perduta, la sostanza occupa tutto lo spazio psichico e relazionale, trasformando la persona in un contenitore passivo, incapace di desiderare, di pensare, di narrare la propria storia. (Correale, Cangiotti, Zoppi, 2013).

A nostro avviso, in accordo con Correale, questo tipo di funzionamento trova le sue radici in un'esperienza precoce di angoscia originaria.

Non si tratta di una paura con un oggetto specifico, ma di un vuoto catastrofico, di una disorganizzazione profonda del pensiero e dell'identità.

Abbiamo identificato questo stato come una condizione in cui il soggetto si trova di fronte a una frattura del senso, a un crollo del legame tra rappresentazione e affetto.

In tale condizione, l'unico modo per sopravvivere diventa il ricorso all'azione, all'eccitamento, alla chimica, che forniscono un contenitore artificiale in grado di proteggere dal rischio della disintegrazione (Correale, Cangiotti, Zoppi, 2013). Molti dei pazienti con cui lavoriamo presentano strutture borderline: un senso fragile dell'identità, labilità affettiva, uso della scissione, difficoltà nella regolazione emotiva.

La sostanza, in questi casi, viene usata come un regolatore identitario.

È ciò che tiene insieme il soggetto, ma solo al prezzo della sua alienazione.

Sempre nella scia di Correale, riteniamo che nella clinica delle tossicodipendenze si rileva una significativa presenza di funzionamenti borderline: soggetti con un'identità non stabilizzata, affetti da angosce di frammentazione e da una intensa dipendenza oggettuale" (Correale, Cangiotti, Zoppi, 2013).

Nel lavoro terapeutico, la relazione di transfert assume una dimensione intensa e ambivalente.

Il paziente proietta sul terapeuta speranze e minacce, aspettative di salvezza e paure di annientamento. Non ci troviamo di fronte a un transfert classico, ma a un transfert che ripete la relazione con la sostanza: fusione e aggressività, bisogno e rifiuto.

Per questo motivo, riteniamo che il lavoro non possa essere affidato a un solo terapeuta, ma debba svilupparsi all'interno di un contenitore istituzionale.

Il transfert deve poter diventare lo spazio in cui il soggetto si riforma, in cui può emergere una nuova rappresentazione di sé e dell'altro, a condizione che l'ambiente terapeutico sia sufficientemente stabile e articolato (Correale, Cangiotti, Zoppi, 2013).

In questo contesto, l'équipe terapeutica svolge una funzione centrale.

Non è solo una struttura organizzativa, ma un oggetto psichico collettivo, un campo relazionale in cui il paziente può rispecchiarsi, differenziarsi, iniziare a elaborare alternative alla logica binaria della dipendenza.

L'équipe è intesa come un luogo psichico in cui il soggetto può ripetere, trasformare e infine separarsi dalla relazione perversa con la sostanza.

È all'interno di questa cornice che vogliamo integrare le riflessioni di Luigi Cancrini, il quale ha fornito un contributo fondamentale nella comprensione sistemico-relazionale delle tossicodipendenze.

Cancrini ci invita a considerare la dipendenza non solo come un disturbo del singolo, ma come un'espressione di sofferenze che si radicano nella rete familiare e sociale.

Secondo la sua lettura, l'uso della sostanza rappresenta "un tentativo disperato di auto-terapia" (Cancrini, 1982), ovvero una risposta individuale a un dolore non elaborabile in altro modo.

Nella sua classificazione, Cancrini distingue diverse forme di tossicomania.

La tossicomania traumatica è una risposta diretta a un evento luttuoso, a una rottura insostenibile, che provoca uno stato di vuoto non mentalizzabile.

La tossicomania nevrotica appare invece nei soggetti che vivono un disagio profondo legato a ruoli familiari rigidi e alienanti, spesso quelli del "capro espiatorio".

La tossicomania di transizione si manifesta in soggetti con strutture borderline o psicotiche che utilizzano la sostanza per organizzare la propria identità. Infine, nella tossicomania sociopatica, la sostanza appare in contesti di grave privazione affettiva e sociale, spesso accompagnata da comportamenti antisociali.

Per Cancrini, la famiglia non è solo un luogo di origine del problema, ma anche un potenziale contenitore trasformativo. Senza il coinvolgimento della rete affettiva, il percorso terapeutico resta fragile.

Egli afferma con chiarezza che se i percorsi per arrivare alla droga sono diversi, diversi risultano i percorsi per uscirne (Cancrini, 1991).

Di conseguenza, la cura non può che essere multifattoriale, integrata, capace di tenere conto della storia individuale, dei legami affettivi e del contesto sociale.

Alla luce di queste riflessioni, riteniamo che un approccio psicoanalitico, integrato con lo sguardo sistemico-relazionale di Cancrini, possa offrire strumenti preziosi per la comprensione e la cura della tossicodipendenza.

Non si tratta di “curare la dipendenza” in senso stretto, ma di restituire al soggetto la possibilità di riappropriarsi della propria esperienza interna, delle relazioni, del pensiero. In altri termini, aiutare il soggetto a riemergere da quel nascondimento psichico che la sostanza ha contribuito a costruire e che la cura deve, con delicatezza, disfare.

Le due famiglie: quadri teorici

La tossicodipendenza, nella sua espressione sintomatica, può essere letta come un tentativo fallito di autoregolazione affettiva, spesso inscritta in dinamiche familiari disfunzionali profondamente radicate.

All'interno della cornice psicoanalitica, si delinea con sempre maggiore chiarezza come il contesto relazionale primario influenzi lo sviluppo del Sé e delle capacità simboliche, fino a condurre, in presenza di fattori predisponenti, all'organizzazione di strutture difensive incentrate sullo scarico somatico e l'attacco al legame (Bion, 1962).

Le due tipologie familiari ricorrenti tra i pazienti tossicodipendenti, individuate, sono denominate “famiglie a funzionamento performante” e “famiglie a funzionamento affettivo”.

Esse rappresentano due poli opposti ma ugualmente patogeni, rispetto alla possibilità di costituire uno spazio psichico differenziato in cui il soggetto possa divenire centro di esperienza affettiva riconosciuta.

1. Famiglie a funzionamento performante

1.1. Caratteristiche strutturali

In queste famiglie, il valore dell'individuo è subordinato alla sua capacità di produrre, raggiungere obiettivi, conformarsi a standard elevati di prestazioni.

Il riconoscimento dell'altro passa principalmente attraverso il fare e il riuscire, a discapito della soggettività affettiva.

Le emozioni, in particolare quelle disorganizzanti come la tristezza, la paura o la rabbia, vengono rimosse, negate o medicalizzate.

Dal punto di vista psicoanalitico, ci troviamo di fronte ad un ambiente primario carente nella funzione specchio affettiva, come descritta da Winnicott (1974) dove il caregiver riflette solo gli aspetti accettabili o valorizzabili del bambino, costringendolo a strutturare un “falso Sé” adattivo.

Questo assetto favorisce l'insorgenza di un funzionamento difensivo iperadattato, nel quale il soggetto si aliena da se stesso per essere conforme all'ideale dell'Altro (Winnicott, 1974).

1.2. Implicazioni psicodinamiche

Nel figlio, questo clima promuove un investimento narcisistico della performance, a scapito della costruzione di una funzione simbolica integrata.

Il sintomo tossicomane può allora rappresentare una modalità regressiva di riappropriazione affettiva: la sostanza offre una “cura” illusoria a un vuoto interno, il quale non ha

potuto essere nominato né contenuto all'interno della relazione primaria (Green, 2018).

La tossicodipendenza, in questo contesto, può essere letta come un agito psicosomatico che supplisce a una funzione di rêverie mancante nell'ambiente primario (Bion, 1962).

2. Famiglie a funzionamento affettivo

2.1. Caratteristiche strutturali

Nel polo opposto troviamo famiglie a “funzionamento affettivo”, dove l'enfasi è posta sulla relazione emotiva e l'unione simbiotica a discapito dell'individuazione soggettiva.

Il confine tra Sé e l'Altro è fragile o inesistente: il figlio è esperito come un'estensione narcisistica, con una forte difficoltà, da parte dei genitori, a tollerare la separazione e la differenziazione. L'intrusione affettiva può essere mascherata da “amore”, ma si tratta spesso di un affetto non mentalizzato, agito e non simbolizzato (Fonagy et al., 2002).

2.2. Implicazione psicodinamiche

Queste famiglie operano secondo patti narcisistici inconsci, in cui l'individuo è chiamato a sostenere il legame familiare a prezzo della propria soggettività.

In questo contesto, la tossicodipendenza assume un duplice significato: da un lato, essa rappresenta una rottura dell'invischiamento fusionale, una forma estrema di separazione attraverso l'autodistruzione; dall'altro costituisce un tentativo inconscio di mantenere una forma arcaica di attaccamento alla madre attraverso la sostanza, oggetto sostitutivo di una relazione primaria non elaborata.

L'inadeguatezza della funzione alfa genitoriale (Bion, 1962), unita alla assenza di contenimento delle angosce primitive, impedisce lo sviluppo del pensiero come trasformazione dell'affetto.

Il paziente tossicodipendente agisce allora un corpo-pensiero, dove la sostanza funge da mediatore parassitario di una funzione mentale carente.

Confronti

Aspetto	Famiglia performante	Famiglia affettiva
Riconoscimento del soggetto	Basato sulla performance	Basato sull'invischiamento emotivo
Rischio psichico	Falso Sé, alienazione affettiva	Mancata individuazione, fusionalità
Ruolo della sostanza	Tentativo di recuperare l'affettività	Tentativo di separarsi dall'Altro
Meccanismo difensivo prevalente	Rimozione, razionalizzazione	Identificazione proiettiva, annullamento dell'alterità
Modello di attaccamento	Evitante distanziante	Ambivalente/disorganizzato

Entrambi i modelli impediscono la costituzione di un Sé coeso e simbolicamente rappresentato.

Se nelle famiglie performanti il soggetto è indotto a sacrificare la dimensione emotiva in favore dell'efficienza, nelle famiglie affettive esso è fagocitato da un amore non differenziato, che ostacola la strutturazione del confine tra Sé e l'Altro.

Casi clinici: due esemplificazioni

Funzionamento performante: Giorgio

Giorgio, 27 anni, è sempre stato un figlio adeguato, pienamente rispondente alle aspettative dei genitori i quali lo vedevano crescere sicuri del risultato finale: una vita tranquilla e realizzata.

Per tutta l'adolescenza non ci sono scossoni ed il binario non prevede scambi o deviazioni.

È convinzione di entrambi che lo sviluppo evolutivo proceda in modo naturale e che non sia necessario alcun monitoraggio o intervento educativo particolare.

Tale condizione li porta a dimenticarsi del figlio in quanto soggetto pensante e con bisogni propri.

Il suo compito è non creare problemi e, soprattutto, non deludere i "desiderata" di coloro che l'hanno generato e indirizzato verso un futuro già scritto.

L'investimento affettivo genitoriale viene garantito in risposta ad un funzionamento adeguato agli standard comportamentali predisposti.

Il figlio immaginato prende vita in un contesto dove si baratta l'amore con gli obiettivi da raggiungere.

Giorgio, infatti, dopo aver conseguito il diploma lavora regolarmente e ha una forte passione per lo sport.

È proprio questo il nodo critico: l'affetto e la fiducia non sono gratuiti, ma vincolati, in un'ottica perversa che imprigiona i protagonisti in una forma di doppio legame, che soffoca inesorabilmente le istanze di autonomia del figlio.

La totale inconsapevolezza di questa prigionia dorata, porta il giovane a trovare presunte soluzioni in territori lontani e avversi alle aspettative di partenza.

Qui entra in gioco la tossicodipendenza dalla cocaina dall'età di 21 anni, la quale costituisce una rottura totale con un mondo ordinato e precostituito.

Paradossalmente, la dipendenza da sostanza è perseguita come una forma di liberazione ed indipendenza da un destino già scritto da altri.

L'effetto è deflagrante e non potrebbe esserlo altrimenti, perché solo una frattura dolorosa ed impensabile sembra portare con sé una speranza, che contiene grande sofferenza, ma anche alternativa.

Queste tipologie di famiglie rappresentano isole apparentemente felici, dove la realizzazione si compie solamente al loro interno ed alle loro condizioni.

Sono realtà perse in un mare in burrasca, che sembrano garantire l'unica via di sopravvivenza.

In realtà la burrasca intorno è solo un'illusione creata ad hoc per impedire slanci di indipendenza, continuamente boicottati.

La domanda portata al servizio delle dipendenze, soprattutto, da parte dei familiari è di rimettere tutto a posto, ripristinando un equilibrio interrotto da un incidente di percorso inspiegabile.

In realtà compito degli operatori è rendere consapevole il soggetto della disfunzionalità del comportamento tossicomane e rinforzare una motivazione a costruire un progetto di vita realmente rispondente ai suoi bisogni più profondi, sacrificati, in passato, ad aride logiche performanti, sganciate completamente da investimenti affettivi.

Questa operazione terapeutica è molto difficile da mettere in atto e far accettare, perché non rappresenta un semplice cambiamento nel contesto familiare, ma un vero e proprio salto paradigmatico che dovrebbe catapultare i soggetti trattati in nuovi orizzonti di senso.

Mi sento di definirlo, con accezione assolutamente laica, un vero e proprio "atto di fede" in una dimensione altra, conosciuta inizialmente solamente dal terapeuta.

Si possono immaginare le numerose resistenze ad avviare un tale processo di cambiamento, che deve essere proposto nel momento in cui si è dimostrato di aver capito le logiche che imbrigliano il paziente, dimostrando di poter costruire un'alternativa realmente "competitiva" con quell'attuale, altamente disfunzionale.

La variabile tempo gioca un ruolo fondamentale, perché al di là della necessità di accreditarsi agli occhi del soggetto, occorre saper aspettare che quest'ultimo inizi a capire emotivamente le conseguenze negative del comportamento tossicomane ed a intravedere un processo alternativo che gli consenta di porre le basi per una vita realmente sua e che vada incontro ai suoi desideri ed obiettivi.

T: "Secondo te quale funzione ha avuto la sostanza?"

P: "Non lo so, mi faceva star bene"

T: "Può essere, invece, che avessi bisogno di allontanarti da un progetto di vita già deciso per te, ma non da te?"

P: "Una sorta di ribellione?"

T: "Sì, pensavo proprio a una sorta di ribellione, da che cosa però?"

P: "Pensandoci bene tutto è iniziato quando mi sono reso conto che i desideri che i miei genitori avevano per anni manifestato nei miei confronti, non erano in linea coi miei, cioè, io li ho sperimentati man mano e li sto ancora scoprendo."

Funzionamento affettivo: Marco

Il figlio viene considerato l'oggetto unico di investimento affettivo sul quale i genitori indirizzano tutto il loro affetto ed energie con l'obiettivo di "costruire" per lui una realtà perfetta e felice, priva di tristezza, frustrazione e qualsiasi forma di sofferenza.

Le condotte genitoriali appaiono sin da subito improntate ad un'iperprotezione che nel tempo soffocano sempre di più la naturale tendenza del bambino all'esplorazione del mondo esterno.

Tali comportamenti educativi nascono da vissuti di ansia, i quali spesso vengono sedati da forme di controllo e iperprotezione, in quest'ottica si costruisce un vero e proprio circolo vizioso che porta a un'escalation di controllo non solo sul bambino ma anche sui contesti a lui associati.

Il bambino, da piccolo si sente iperaccudito e amato; nel corso della crescita, però, emerge il bisogno di esplorazione autonoma e di differenziazione dalle figure genitoriali, le quali dovrebbero adeguarsi allo spontaneo sviluppo di competenze e bisogni diversi, permettendo al bambino di allontanarsi gradualmente dall'unica zona di comfort che conosce, validando che il mondo esterno non è così pericoloso e ostile.

I genitori non sono solamente visti dal bambino come “fonte di amore e protezione” ma diventano dei veri e propri “erogatori di servizi”, rendendo il bambino/ragazzo sempre più dipendente dalle figure genitoriali e dall’ambiente familiare, maturando la convinzione di non potersela cavare da solo nel mondo.

Marco, 25 anni, vive ancora nella famiglia d’origine, nonostante lavori da circa 6 anni in modo continuativo.

È un ragazzo pieno di risorse e passioni.

Si avvicina alla cocaina all’età di 18 anni in situazioni sociali con l’obiettivo di essere più sicuro di sé, l’uso aumenta sempre di più quando capisce che la sostanza gli dona presunta indipendenza e autonomia rispetto al legame familiare.

Una volta scoperta tale situazione da parte dei genitori emerge l’impossibilità di controllare le scelte e gli ambienti vissuti dal figlio.

Hanno sempre più la percezione che la sostanza gli abbia sottratto la gestione emotiva e affettiva del giovane.

Questo evento inaspettato rappresenta una vera e propria ferita narcisistica per i genitori, i quali vivono una condizione di fallimento esistenziale personale, anteponeandola alle reali fragilità del ragazzo; emerge chiaramente la difficoltà di separare il presunto fallimento educativo dalla sofferenza sperimentata dal figlio, il quale avverte il senso di colpa nei confronti dei genitori ma contemporaneamente assapora per la prima volta l’indipendenza e l’autonomia.

L’intervento terapeutico è finalizzato ad una presa in carico complessiva del sistema familiare, poiché è necessario ristrutturare e ridefinire bisogni e aspettative delle parti coinvolte, partendo dal lavoro sulla consapevolezza delle dinamiche relazionali e smontando le idealizzazioni messe in atto reciprocamente.

Una volta raggiunta la presa di coscienza del funzionamento familiare e personale è necessario ragionare sulla costruzione di un nuovo progetto di vita autonomo, così facendo in parallelo si va a lavorare anche sull’incremento dell’autostima e sul senso di auto-efficacia del ragazzo.

Per raggiungere tali obiettivi, è necessario lavorare in modo simultaneo con la coppia genitoriale sul bisogno eccessivo di controllo e supervisione costante, ulteriormente legittimata dall’uso di sostanze, in favore di supporto e sostegno “alla giusta distanza.

T: “Secondo te quale funzione ha avuto la sostanza?”

P: “Mi rendeva più sicuro di me e mi sentivo come gli altri.”

T: “Cosa non ti faceva sentire sicuro come gli altri?”

P: “Ho sempre avuto la percezione di valere meno e di sentirmi giudicato.”

T: “In quali contesti, invece, ti sei sentito riconosciuto?”

P: “In realtà solamente in famiglia... riflettendo bene è l’unico luogo e i miei genitori sono le uniche persone che mi hanno fatto sentire bene.”

T: “Forse però anche il mondo esterno può essere accogliente se esplorato.”

Conclusioni

La famiglia è sempre stato un presidio fondamentale all’interno della società, che ha saputo adattarsi ed adeguarsi ai cambiamenti sociali delle diverse epoche storiche.

Attualmente, la famiglia sembra uno “spazio assediato” difficile da valorizzare e da difendere da istanze che rispondono a lo-

giche utilitaristiche, non orientate alla costruzione di un tessuto sociale che offra un quadro di riferimento valoriale e di senso.

Il porto sicuro di un tempo sembra essersi trasformato in un luogo esposto e battuto dai venti improvvisi di mode e tendenze che cambiano continuamente di direzione.

Sempre più si assiste ad uno smarrimento del ruolo genitoriale, estremamente in difficoltà ad affrontare le sfide educative.

Le aspettative nei confronti dei figli sembrano polarizzarsi su due tipologie di funzionamento: quello performante e quello affettivo.

In entrambe le tipologie ci si focalizza sul raggiungimento di una condizione assolutizzante imposta al figlio, perdendo di vista il suo reale benessere, che si sviluppa nel tempo ed è molto più complesso ed articolato.

L’urgenza di trovare una risposta educativa, a percorsi evolutivi problematici e discontinui, spinge la coppia genitoriale a costruire, più o meno consapevolmente, un progetto di vita altamente vincolato e rigido, che non è in grado di modularsi su di un soggetto in continuo cambiamento.

Molto spesso il vissuto di solitudine avvertito dai genitori che non trovano all’esterno dei confini familiari quadri di riferimento in grado di supportarli realmente, associato ad una mancanza di fiducia nelle loro competenze relazionali e personali, impedisce loro di sviluppare forme di ascolto e vicinanza da associare ad istanze di mero controllo.

In tal senso, le due tipologie di funzionamento descritte, rappresentano risposte apparentemente funzionali, in realtà eccessivamente semplificate, ad esigenze di gestione che non si esauriscono con l’offrire degli obiettivi e dare delle direzioni, ma implicano un accompagnamento emotivo modulato e rispettoso del percorso evolutivo del figlio.

La consapevolezza della priorità del benessere di quest’ultimo, a scapito delle aspettative personali dei genitori, dovrebbe orientare e caratterizzare l’atto educativo, liberandolo da istanze narcisistiche e strumentali, troppo spesso presenti e condizionanti.

In conclusione, si ritiene necessario sottolineare l’importanza di curare lo sviluppo di un buon funzionamento che consenta di affrontare in modo adeguato le tappe del percorso formativo, associandolo alla ricerca di un benessere emotivo indipendente dagli investimenti affettivi genitoriali, indispensabile per una piena realizzazione nei diversi ambiti di vita.

Riferimenti bibliografici

- Bion W.R. (1962). *Apprendere dall’esperienza*. Armando Editore.
- Cancrini L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Cancrini L. (1991). Famiglia e droga: dall’autoterapia alla richiesta di aiuto. In: Malagoli Togliatti M., & Telfener U. (a cura di), *Dall’individuo al sistema*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cancrini L. (2009). *Lezioni di psicopatologia delle tossicodipendenze*. Roma: Edizioni Universitar.
- Correale A., Cangiotti F., & Zoppi A. (2013). *Il soggetto nascosto: Un approccio psicoanalitico alla clinica delle tossicodipendenze*. Milano: FrancoAngeli.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., & Target M. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Raffaello Cortina Editore.
- Green A. (2018). *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Raffaello Cortina Editore.
- Winnicott D.W. (1974). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Martinelli.