

L'uso di sostanze in adolescenza: quali funzioni e quali significati?

Sara Carboni ¹

¹ *Psicologa-psicoterapeuta, Genova*

Sommario

L'utilizzo di sostanze psicoattive in adolescenza rappresenta un fenomeno complesso e sempre più diffuso che coinvolge diversi fattori biologici, psicologici e sociali. Il presente lavoro, attraverso una rassegna della letteratura scientifica e un'esemplificazione clinica, intende analizzare alcune delle funzioni specifiche che le sostanze possono ricoprire in questa cruciale fase dello sviluppo con particolare riferimento alle sostanze come *via di fuga* da una realtà percepita come intollerabile e come auto-cura rispetto a stati emotivi intensi e negativi quali rabbia, ansia, depressione, tristezza o vergogna. Quando utilizzate come *rifugi della mente*, possono rappresentare una strategia di coping disfunzionale per sfuggire a realtà difficili da affrontare, offrendo un temporaneo sollievo da stati emotivi dolorosi.

Parole chiave

Adolescenza, sostanze, rifugio, psicoterapia

Introduzione

L'utilizzo di sostanze è un comportamento ormai ampiamente diffuso anche tra i giovanissimi. Sono sempre di più gli adolescenti che accedono ai Servizi presentando nella loro storia un contatto con le sostanze, sia esso occasionale o maggiormente strutturato. Così come tende sempre più ad abbassarsi l'età anagrafica del primo consumo. Le motivazioni che spingono ad avvicinarsi a questo mondo sono spesso molteplici, dalla sperimentazione, all'uso sociale e ricreativo, al desiderio di evadere dalla realtà e dalle pressioni provenienti dall'esterno, al soddisfacimento di bisogni profondi e talvolta dolorosi.

Prima di addentrarmi nel dettaglio del tema dell'uso di sostanze vorrei sottolineare due aspetti che orientano il mio pensiero clinico che come psicologa-psicoterapeuta adopero all'interno dei servizi dedicati alle dipendenze e alla devianza minorile in cui lavoro. Personalmente non amo utilizzare la parola *dipendenza* quando si parla di adolescenti, poiché ritengo che occorra *tenere a mente*, ma anche contemporaneamente in sospenso, ogni categoria diagnostica che possa incasellare e stigmatizzare. I tratti tipici di questa fase di vita sembrano talvolta avvicinarsi pericolosamente a molti criteri diagnostici, per poi virare energicamente lasciandoci ogni volta sgomenti. Ci troviamo di fronte a un'età evolutiva che ha per sua stessa natura infinite traiettorie di sviluppo possibili che possono rendere spaesati e confusi, ma anche ricchi di speranza che le cose possano continuamente modificarsi sotto ai nostri occhi.

Inoltre, esiste tutt'oggi in letteratura un acceso dibattito sull'utilizzo di sostanze come sintomo o come malattia. Negli anni di esperienza a contatto con persone che utilizzano sostanze soprattutto adolescenti, sono arrivata gradualmente a definire la mia posizione in merito. In accordo con lo psichiatra e psicoanalista Correale (Correale et. al., 2013), propendo a pensare alla dipendenza non come una malattia a sé stante, ma al contrario espressione sintomatica di uno stato mentale sottostante di angoscia intollerabile, un *rifugio della mente* necessario all'assuefazione di un dolore psichico. Correale allerta sul graduale scivolamento nella concezione della dipendenza da sintomo a malattia che porta oggi ad occuparsi della *malattia-sostanza* allontanandosi sempre più dall'angoscia originaria sottostante. L'origine dell'uso di sostanze, così importante per coglierne il significato, viene lentamente a perdersi: non conta più perché la si assume, ma conta il fatto stesso che la si assume. La sostanza lentamente diventa il protagonista andando a scapito della soggettività della persona che viene smarrita. In questa visione appare chiaro che un approccio terapeutico che vada a minare il rapporto tra paziente e sostanza significa lavorare sul sintomo esterno distogliendo lo sguardo dalla persona nella sua pienezza ed unicità e dalle cause profonde del suo sottostante malessere. È invece necessario all'interno del

percorso psicoterapeutico un cammino a ritroso che parta dal sintomo e ritorni lentamente al nucleo profondo, alle motivazioni per cui è iniziato il consumo per far riemergere la soggettività (Correale et. al., 2013).

Alcune funzioni dell'uso di sostanze in adolescenza

Partendo da questa posizione teorica, come ogni sintomo che sia tale anche l'uso di sostanze possiede varie funzioni. Tra queste possiamo solo citarne alcune come per esempio la fuga dal reale, la necessità di riempire una profonda esperienza di vuoto interiore, il controllo attraverso un oggetto onnipotente di legami interni gravemente disturbati, un tentativo di recuperare il rapporto con la madre attraverso le sensazioni di gratificazione o ancora una mancata interiorizzazione di un oggetto buono (Correale et. al, 2013; Kohut, 1971; Olievenstein, 1981).

L'uso di sostanze in adolescenza riveste spesso funzioni differenti rispetto all'età adulta, intrecciandosi con bisogni e compiti evolutivi specifici e spesso angoscienti e tumultuosi. Può avere a che fare con la *fragilità narcisistica* di una mente e un corpo in costruzione, con la ricerca di un ruolo socialmente accettabile nel mondo dei pari, con la ricerca identitaria fatta di sperimentazione di tutti i sé potenziali e la scoperta di altri modi di esistere e di sentire.

Sicuramente una funzione importante che ritrovo spesso tra gli adolescenti che incontro è quella di lenire stati affettivi percepiti come altrimenti ingestibili. La teoria della self-medication di Khantzian (1985) conferisce alla sostanza una funzione *medicamentosa* rispetto a stati emotivi negativi come la rabbia, l'ansia, la depressione o la vergogna così diffuse oggi tra i giovani. Come si può intuire, si tratta di un meccanismo intrinsecamente paradossale in quanto l'auto-cura è allo stesso tempo auto-distruttiva e per questo altamente patologica. Tuttavia, è importante sottolineare la natura adattiva perché nonostante la disfunzionalità si tratta pur sempre di un tentativo di vivere e di regolare reazioni emotive sentite come esplosive e imprevedibili. In un periodo come quello dell'adolescenza in cui la regolazione delle emozioni è un processo in costruzione, anche dal punto di vista dello sviluppo cerebrale, ecco che le sostanze vengono percepite come un utile strumento in questo difficile processo, acquisendo il ruolo di veri e propri regolatori esterni di emozioni, laddove sono ancora carenti regolatori interni stabili.

Per gli adolescenti con gravi problematiche relative a contesti di vita complessi, traumatici o inadeguati allo sviluppo del Sé, le sostanze possono rappresentare, oltre che una strategia di auto medicazione, una vera e propria fuga da una realtà dolorosa sentita come soverchiante e intollerabile. Possiamo parlare di esperienze dissociative transitorie che permettono di uscire temporaneamente dalla

sua realtà allo scopo di risolvere una situazione di disagio. Steiner (1993) definisce queste esperienze di sottrazione del Sé alla realtà esterna come *rifugi della mente*, luoghi mentali, ma anche comportamenti ripetitivi in cui ci si ritira per proteggersi da tensioni e avvenimenti sentiti come minacciosi. La loro funzione principale è quindi quella di neutralizzare e controllare l'angoscia e, data la loro potente capacità di alterare la percezione del reale e di diminuire il grado di coscienza, acquistano spesso questa funzione. Oltre a lenire il dolore percepito, sono in grado di distorcere forzatamente la realtà trasformandola in una realtà diversa, alternativa e preferibile al mondo reale in un atto di violenta manipolazione. Tutto ciò diventa allora sopportabile e affrontabile in uno stato di ottundimento generale e di onnipotenza in cui tutto diventa permesso e possibile evitando di affrontare la realtà. Queste esperienze possono essere particolarmente disfunzionali nel momento in cui diventano un'attitudine che viene ripetutamente e rigidamente utilizzata come unica strategia difensiva, portando ad un graduale isolamento e ritiro in un mondo onirico (Steiner, 1993).

Al fine di esemplificare quanto finora descritto, riporto una vignetta clinica che racchiude e mostra come alcune di queste funzioni si intreccino in adolescenza.

Esemplificazione clinica

Giulia è una ragazza di 16 anni che frequenta il secondo anno di un liceo a seguito di una bocciatura a causa del comportamento problematico con i professori. Presenta una accentuata impulsività, una rabbia potente che sembra funzionare come un interruttore *on-off* che la porta ad essere molto aggressiva, arrivando anche ad aggredire fisicamente due amiche. Sono presenti anche comportamenti autolesionisti, che la portano spesso a tirare pugni contro il muro fino a scarificarsi le mani. Fa un uso massiccio di sostanze cannabinoidi con funzione rilassante rispetto a questa rabbia esplosiva e di autocura rispetto al profondo dolore che prova.

Giulia vive con la madre e il fratello di 20 anni che trascorre le giornate ritirato nella sua camera facendo uso quotidiano di sostanze. La madre viene descritta da Giulia come distaccata e superficiale, presente fisicamente, ma trascurante a livello emotivo, incapace di comprendere i bisogni di riconoscimento della figlia e di rispecchiamento dei suoi sentimenti autentici. Il padre è un alcolista, violento verbalmente e fisicamente fin dai primi anni di vita di Giulia. I genitori si sono separati quando lei aveva circa un anno e da quel momento ha vissuto con la madre e il fratello maggiore, obbligata a vedere il padre nei fine settimana. Nessuno appare accorgersi dei maltrattamenti subiti nella casa

paterna. A 6 anni, a seguito dell'ennesima aggressione fisica ai danni della madre, è proprio Giulia a tagliare fuori dalla loro vita il padre decidendo opponendosi alle visite settimanali.

Emerge in Giulia una rabbia che cela una tristezza profonda fatta di insulti e lacrime amare verso una madre che *ha sempre fatto finta di nulla* anche di fronte a segni evidenti sulla sua pelle e quella del fratello, percepita come incapace di allontanare il padre in loro protezione, costringendola a farsi carico di questo ingrato compito. Da circa due anni, da quando Giulia inizia il suo percorso psicoterapeutico, il padre è ricomparso nella sua vita a sua detta molto cambiato, pentito degli errori commessi e volenteroso di recuperare il rapporto con i figli. Giulia racconta di aver iniziato dall'età di 13 anni a fumare cannabis. L'utilizzo non avviene in gruppo a scopo ricreativo, ma in modalità solitaria. Il pomeriggio e la sera sembrano i momenti di maggior consumo, ma anche la mattina necessita dell'effetto della sostanza per riuscire a tollerare la scuola. Giulia salta le lezioni di frequente a causa dell'insonnia che cerca di combattere fumando, ma che la porta ad avere sempre più difficoltà ad alzarsi in un circolo vizioso in cui si ritrova incastrata. Le canne appaiono assolutamente necessarie per affrontare la mattina di lezioni perché leniscono il malessere e smorzano le sue reazioni negli scontri ricorrenti con i professori. Giulia sembra sedare questa rabbia a cui non trova un senso e che la spaventa al punto da doversi *spegnere* per interagire con gli altri.

Attraverso questa vignetta clinica si può comprendere quanto le sostanze in questo caso siano diventate, con il passare degli anni, un mezzo necessario per la sopravvivenza psichica e relazionale di Giulia che presenta un vissuto costellato di esperienze traumatiche cumulative.

Se consideriamo l'uso di sostanze come la miglior risposta possibile (anche se disfunzionale) ad un bisogno psichico sottostante, ecco che lavorare sull'astensione dal consumo non può essere un obiettivo di lavoro diretto in quanto sintomo di meccanismi più profondi. Oltre alle funzioni già citate di *auto-medicazione* e di regolazione delle emozioni, tra le numerose teorie atte a comprendere i processi psicoanalitici della tossicodipendenza trovo particolarmente centrato nella storia presentata il contributo dello psicoanalista svizzero Kohut. Nella sua teoria, il ricorso alle sostanze sarebbe collegato ad un blocco nella fase dello sviluppo in cui il bambino ha bisogno di specifiche risposte ambientali per sviluppare un Sé coeso (1971). I fallimenti empatici dei genitori determinerebbero una frammentazione del Sé. Il trauma diviene una grave delusione nei confronti di una figura materna che non ha svolto appropriatamente le sue funzioni (Kohut, 1971). Il mancato riconoscimento e rispecchiamento del bambino porta a un'impossibilità di strutturare un Sé integro che gli consenta di fare esperienze armoniche, in cui le basi narcisistiche siano solide e funzionali al mantenimento dell'autostima, alla

realizzazione di desideri e alla costruzione di valori e ideali. Il soggetto con tali deficit non è in grado di fronteggiare il dolore generato da esperienze di abbandono, di frustrazione e di svalutazione che vengono vissute come ferite narcisistiche che la sostanza lenisce.

Giulia in questo senso sembra non aver potuto fare esperienza di caregivers *sufficientemente buoni*, in grado di riconoscere e rispondere adeguatamente alle sue necessità. Tale vuoto viene colmato dal consumo di sostanze che drammaticamente sostengono la sua sopravvivenza psichica.

Conclusioni

In questo mio breve contributo ho voluto focalizzare l'attenzione su come l'utilizzo di sostanze in adolescenza sia da considerare come un campanello d'allarme, un *sintomo* di qualcosa che non sta funzionando come dovrebbe nello scorrere del processo di sviluppo e quanto sia di conseguenza importante riconoscere il bisogno sottostante a cui sta rispondendo in quel preciso momento. Quando in un adolescente insorgono comportamenti disadattivi, questi sono sempre i sintomi di un malessere che indica un breakdown evolutivo, una chiusura del sistema nei confronti del mondo circostante sentito come pericoloso per il sé in costruzione e un inceppamento del desiderio (Laufer e Laufer, 1968).

Il compito del terapeuta diviene allora quello di comprendere il messaggio sottostante permettendo al sistema di aprirsi nuovamente allo scambio con la realtà esterna, accogliendo ed integrando i cambiamenti che avvengono nel corpo e nella mente in una nuova immagine di sé sentita come accettabile e non pericolosa per il divenire del sistema. Solo allora può tornare in essere il desiderio che si era bloccato, lo scorrere del tempo che apre alla dimensione del futuro e della progettualità vitale. Questo comporta che il lavoro terapeutico sia centrato sul *qui ed ora* dell'adolescente, sui significati che hanno per lui o per lei ciò che vive e sperimenta, sulla possibilità di pensare e di pensarsi in un lavoro di ridefinizione continua. Lo sguardo è posto sul presente e sulla possibilità di costruire il futuro, ritrovare uno spazio e un tempo per desiderare, sciogliendo le rigidità e inserendosi di nuovo nello scorrere della vita.

Bibliografia

Correale A., Cangiotti F., Zoppi A. (2013), *Il soggetto nascosto: un approccio psicoanalitico alla clinica delle tossicodipendenze*, Franco Angeli, Milano

- Khantzian EJ. (1985), *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroine and cocaine dependence*, «American Journal of Psychiatry», n. 142, pp. 65-74
- Kohut H. (1971), *Narcisismo e analisi del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino
- Laufer M. e Laufer E. (1968), *Adolescenza e breakdown evolutivo*, Bollati Boringhieri, Torino
- Olievenstein C. (1984), *Il destino del tossicomane*, Borla, Roma
- Steiner J. (1993), *I rifugi della mente: organizzazioni patologiche della personalità nei pazienti psicotici, nevrotici e borderline*, Bollati Boringhieri, Torino