

LA PROPOSTA

*Adolescenti con problemi di dipendenza  
patologica.*  
*Riflessioni sulla psicoterapia sistemico-familiare*

---

*Elena Vigna\*, Paolo Peretti\*\**

*Abstract*

In questo articolo intendiamo riflettere sulla esperienza di lavoro con alcune famiglie con figli adolescenti che presentavano comportamenti di abuso da sostanze stupefacenti, incontrate in un Servizio di Terapia Familiare, collocato nel contesto del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Città di Torino.

Il trattamento psicoterapeutico familiare si è rivelato in queste situazioni affascinante e allo stesso tempo molto complesso, in quanto ci ha messo a confronto con importanti aspetti di difficoltà:

- le caratteristiche specifiche della fase adolescenziale;
- la drammaticità del sintomo "tossicodipendenza";
- un elevato vissuto di inadeguatezza da parte dei genitori.

Ci auguriamo che questo lavoro di analisi approfondita possa essere d'aiuto nel sentirci più attrezzati nell'accogliere la domanda di aiuto e la sfida che tali situazioni ci pongono.

\* Dott.ssa Elena Vigna, Psicologa Psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze ASL Città di Torino.

\*\* Dott. Paolo Peretti, Psicologo Psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze ASL Città di Torino.

*Abstract*

In this article we intend to reflect on the experience of working with some families with adolescent children that presented drug abuse behaviors, encountered in a Family Therapy Service, located in the context of Addiction Department of the ASL City of Turin.

The family psychotherapeutic treatment in these situations proved to be fascinating and at the same time very complex, as it confronted us with important aspects of difficulty:

- the specific characteristics of the adolescent phase;
- the dramatic nature of the “drug addiction” symptom;
- a high level of inadequacy on the part of parents.

We hope that this in-depth analysis work will help us also with the challenge that such situations pose.

## **PROSPETTIVE CLINICHE E SOCIALI RISPETTO ALL'ADOLESCENZA**

In questi ultimi decenni, il tema dell'adolescenza ha riscosso grande attenzione da parte delle scienze sociali e psicologiche; infatti questa è andata progressivamente caratterizzandosi come un tempo della vita critico, delicato, dagli esiti imprevedibili e si sono moltiplicati gli studi e le ricerche intorno ad esso.

Nell'ambito degli studi psicoanalitici l'adolescenza viene descritta come un'epoca della vita caratterizzata dalla vulnerabilità, dalle contraddizioni, ma anche dalla opportunità di recuperare e rielaborare traumi infantili che possono essere riattraversati e ricomposti. L'obiettivo finale per l'adolescente è arrivare ad una salda integrazione tra il passato e il presente, che consenta la proiezione di sé nel futuro e l'elaborazione di aspettative e piani di vita.

Nell'area dell'approccio sistemico relazionale si guarda all'adolescenza, scegliendo come vertice di osservazione la famiglia.

Bowen (1980) e Framo (1992) hanno descritto questa fase di vita dell'individuo come caratterizzata soprattutto dall'equilibrio dinamico tra appartenenza e separazione, dimensioni che permetterebbero nel tempo all'adolescente la possibilità di emanciparsi dalla famiglia di origine e di raggiungere l'autonomia.

Il modello trigerazionale dell'adolescenza di Maurizio Andolfi (2010), prevede l'osservazione delle relazioni familiari nella loro evoluzione nel tempo, per esplorare il ciclo vitale della famiglia e per individuare nodi problematici che restituiscano al disagio psicologico dell'adolescente un significato allargato al contesto familiare e all'esperienza del "noi". Ne deriva una lettura dei comportamenti problematici dell'adolescente che, accanto alla sottolineatura degli aspetti di difficoltà, mette in luce gli aspetti di risorsa. L'ottica della psicoterapia è quella di restituire alla famiglia la possibilità di riorganizzare le proprie risorse per affrontare da protagonista la fase di criticità e riappropriarsi del proprio destino.

Nell'epoca attuale poi l'adolescenza si confronta con un contesto sociale che si caratterizza per "liquidità e indefinitezza" (Zygmunt Bauman, 2009). La mancanza di norme e di un orizzonte valoriale amplia in modo spasmodico le possibilità di realizzazione individuale, ed espone tutti i soggetti, ed in particolare gli adolescenti, ad una grande incertezza.

Oggetto di iperinvestimento narcisistico da parte degli adulti, i giovani adolescenti sentono imperante la necessità di far crescere e realizzare il proprio sé, spinti dal bisogno di ottenere visibilità ed ammirazione. Gli aspetti di limite, di insuccesso e quindi di frustrazione non trovano possibilità di accoglimento. Gli adolescenti più fragili faticano a tollerare il dolore della crescita, ad attraversare l'esperienza del fallimento e possono

trovarsi nell'incapacità di immaginarsi una via verso la costruzione della loro identità (Matteo Lancini, 2019).

Negli spazi di consultazione e di psicoterapia, i terapeuti osservano comportamenti molto diffusi tra gli adolescenti, che variano dall'insuccesso scolastico alla chiusura in sé stessi, dall'uso di sostanze ai disturbi alimentari, dall'isolamento fisico nella propria stanza all'ossessivo utilizzo di internet, blog o social network, fino ai gesti autolesivi. Tali comportamenti esprimono sia il dolore che il tentativo di risolverlo e possono aprire alla possibilità di cogliere significative manifestazioni di disagio e sofferenza.

### **L'APPROCCIO NEUROSCIENTIFICO PER COMPRENDERE GLI EFFETTI DELLE ESPERIENZE SUL FUNZIONAMENTO NEUROLOGICO DELL'ADOLESCENTE**

Nell'adolescenza, la maturazione cerebrale comporta una modulazione continua delle strutture e delle reti neurali, con un "rimodellamento" anche dei sistemi neurobiologici della gratificazione e del controllo degli impulsi e un temporaneo adattamento dei processi cognitivi e di apprendimento.

Durante questo processo di crescita le cellule cerebrali sono particolarmente sensibili e la loro fisiologica evoluzione può venire facilmente alterata e deviata da eventi esterni particolarmente forti (traumi ed altri eventi negativi) e dall'influenza delle sostanze stupefacenti e psicotrope, quali le droghe.

Attraverso le neuro-immagini è emerso che l'uso prolungato di droghe modifica l'azione di molti neurotrasmettitori, altera le normali condizioni dei recettori e quindi la plasticità cerebrale. Inoltre, provoca un'alterazione del volume di sostanza grigia (che sembra corrispondere ad una compromissione del funzionamento neuropsicologico) e danneggia la sostanza bianca (rallentando quindi la comunicazione neuronale). Queste alterazioni incidono sul funzionamento cognitivo, sul grado di consapevolezza, sulla capacità di analizzare, riconoscere ed affrontare i problemi, sulla motivazione verso i normali obiettivi quotidiani e verso i processi di apprendimento.

Recentemente, è stato scoperto un fenomeno di estremo interesse clinico: la cosiddetta "sensibilizzazione": si è osservato che iniziali e precoci somministrazioni, anche di basse dosi di cocaina, anfetamina, eroina, marijuana e perfino di nicotina, sensibilizzano il soggetto che può ricercare in tempi successivi gli stessi effetti psichici, attraverso nuove somministrazioni.

Nello stesso tempo anche il lavoro psicoterapeutico, in quanto forma di apprendimento, rappresenta un'importante opportunità di riorganizzazione sul piano neurologico, in quanto produce una modificazione delle sinapsi tra i neuroni e attiva nuovi funzionamenti cerebrali.

Come affermato da Kandell, la psicoterapia esita non solo nel cambiamento della rappresentazione di sé, nell'attivazione di nuovi comportamenti, ma produce anche un'alterazione dell'espressione dei geni che producono mutamenti strutturali nel cervello e, più nello specifico, dei cambiamenti nell'attività funzionale di alcune aree del cervello (Kandell 1998,1999, Siegel 1999).

## **LE PRIME FASI DI ACCOGLIENZA AGLI ADOLESCENTI CON PROBLEMI DI ABUSO DA SOSTANZE E AI LORO FAMILIARI**

Nell'ambito del nostro lavoro di prima linea nel Servizio per le Dipendenze, abbiamo fatto esperienza di come la psicoterapia familiare rappresenti una opportunità di trattamento che non è così immediatamente e facilmente attivabile nel caso di adolescenti che abusano di sostanze stupefacenti.

Gli adolescenti spesso iniziano ad usare sostanze stupefacenti in un contesto ludico, di interazione con il gruppo dei pari e, questo comportamento, lungi dall'apparire a loro come un comportamento problematico, favorisce la socializzazione, il sentirsi "normali" ed adeguati agli occhi dei coetanei. Tale comportamento, inoltre, corrisponde ad un bisogno di esplorazione, di curiosità verso situazioni nelle quali gli adolescenti non percepiscono rischi per la loro salute fisica e psichica.

Nella misura in cui l'adolescente mantiene un livello di prestazione adeguata nell'ambito del percorso scolastico, degli impegni sportivi e relazionali, l'uso sperimentale di sostanze stupefacenti può rimanere invisibile agli occhi dei familiari e delle istituzioni educative.

Nei Ser.D incontriamo l'adolescente solo quando, con l'esporsi a ripetute esperienze di uso, incappa in episodi di malessere fisico, o di fermi da parte delle Forze dell'Ordine. Altre volte sono i familiari che intuiscono il "problema", e chiedono una consultazione ad un Ser.D, ad un terapeuta privato o ad un'associazione presente sul territorio.

Abbiamo verificato che, mentre in una quota di situazioni familiari l'uso di sostanze stupefacenti da parte di un figlio rappresenta l'espressione ennesima di un disagio diffuso nel nucleo e di una condizione di marginalità sociale e perciò fatica ad essere problematizzato, in altre famiglie, più integrate da un punto di vista sociale e culturale, questo stesso comportamento scatena una forte preoccupazione.

Chi accoglie, nei Servizi per le Dipendenze o nelle associazioni del privato sociale, la domanda di aiuto di un genitore/familiare come può valutare se abbia senso accompagnare il nucleo verso la terapia familiare? Quali sono i criteri da prendere in esame per fare un invio in terapia familiare?

In primo luogo, la condizione essenziale e prioritaria da cui partire è il fatto che vi sia, accanto all'adolescente, uno o più familiari che, venuti a conoscenza dei comportamenti a

rischio, si mettano nella posizione di interrogarsi sul significato di ciò che sta accadendo. In secondo luogo, è importante che questi familiari abbiano la sensazione di “c’entrare qualcosa con quello che l’adolescente sta facendo” oppure ritengano “che il loro modo di guardare il problema possa portare un contributo per affrontarlo”. Si tratta cioè di un approccio in cui la famiglia si responsabilizza e si include nella lettura della situazione problematica come soggetto attivo e co-agente.

Queste condizioni sono prerequisito essenziale per tutte le famiglie che vogliono iniziare un trattamento di psicoterapia familiare, ma sono ancora più importanti quando il sintomo è rappresentato dall’uso di sostanze stupefacenti, comportamento che socialmente è connotato come un problema che il soggetto “si è andato a cercare”, quindi sottoposto a valutazioni, ancora oggi, di tipo moralistico e non espressione di disagio psicologico.

### **IPOTESI PER COMPRENDERE IL COMPORTAMENTO DI ABUSO DI SOSTANZE**

Nel percorso di crescita dell’adolescente l’emergere di un sintomo/disagio va letto in una prospettiva evolutiva, come il realizzarsi di un tentativo teso verso il proprio compito di sviluppo, vale a dire della propria realizzazione come individuo unico e autentico. Possiamo pensare che anche il comportamento di abuso di sostanze stupefacenti abbia la stessa valenza per l’adolescente? L’adolescente potrebbe comprendere la bontà del fine, ma la inadeguatezza della modalità?

L’adolescente, quando passa da un uso ludico ad un uso quotidiano e patologico di sostanze stupefacenti, sta pregiudicando la riuscita della sua emancipazione; non si tratta più di un consumo transitorio, espressione di esplorazione del contesto extra-familiare e di trasgressione alle regole familiari, ma spesso di un consumo auto-curativo, che tenta di arginare potenziali crolli psicologici a seguito di stati d’ansia, attacchi di panico, fasi depressive. L’adolescente, lungi dal sostenere un percorso verso la sua autonomia ed individuazione, segnala attraverso il comportamento di uso, l’impossibilità di accedere ad un reale svincolo dalla famiglia e chiede implicitamente aiuto.

Un sintomo, oltre a veicolare un messaggio relativo ad una difficoltà individuale, segnala un problema nell’ambito della comunicazione interpersonale, delle relazioni.

L’adolescente, attraverso il suo disagio, esprime/copre difficoltà nell’ambito familiare? In questo caso il sintomo, qualunque esso sia, uso di sostanze oppure disturbo alimentare, o sintomo nell’area depressiva o psicotica, rimanda al “sacrificio” del soggetto sintomatico a favore di una famiglia in grave difficoltà.

Il terapeuta sistemico, in questa casistica di famiglie, riscontra allora presenza di eventi critici quali lutti non elaborati, migrazioni, isolamento sociale, fragilità individuali dei genitori, difficoltà relazionali nella coppia genitoriale.

Luigi Cancrini (1982) è l'autore che ha sistematizzato una classificazione delle differenti tipologie di tossicodipendenza e delle configurazioni familiari in cui si colloca il comportamento di abuso di sostanze del figlio. Nelle sue riflessioni, Cancrini ci ricorda come nelle situazioni di tossicodipendenza da nevrosi attuale o di transizione, vediamo un bambino che non ha avuto un'adeguata risoluzione della fase edipica e che nel momento dell'adolescenza si ritrova in una relazione intensa con la madre e con l'angoscia di soppiantare la figura del padre.

Sul piano delle ipotizzazioni relative a come si sviluppa la dipendenza patologica, è importante il contributo di Cirillo et al (2017). Questi Autori hanno ipotizzato che nel groviglio dei molteplici aspetti individuali, sociali, relazionali, di cui la tossicodipendenza è espressione, il "tipo di famiglia", con la sua peculiare struttura e funzionamento, rivesta un ruolo essenziale e predominante nella genesi e nel mantenimento della tossicodipendenza. Essi hanno individuato uno scenario "di portata tri-generazionale, dove la trasmissione intergenerazionale del trauma risultava il fattore eziopatogenetico di maggior rilievo". Il trauma sembra caratterizzarsi essenzialmente come carenza nell'accudimento: "abbandono dissimulato", "abbandono misconosciuto", "abbandono agito" sono le forme in cui esso si presenta nei tre tipi di famiglie.

In generale possiamo avanzare l'ipotesi che la problematica di dipendenza del figlio possa segnalare mancanze avvenute a livello intergenerazionale sul piano dell'accudimento e mantenere nell'oggi un disconoscimento di fragilità psichiche individuali e di conflittualità relazionali nella coppia. Ad esempio, un genitore fragile rende impossibile il graduale processo di svincolo del figlio, che rimane "legato" nell'impegno della sua assistenza. Ancora, se il padre e la madre attraversano una fase di conflitto di coppia più o meno esplicito, il figlio adolescente, che presenta la sua crisi emotiva ed esistenziale tramite l'assunzione di droghe, consente ai genitori di sviare l'attenzione dai loro problemi relazionali per concentrarsi sull'assistenza e cura del figlio.

### **LE DIFFICOLTÀ DEL TERAPEUTA NEI PRIMI INCONTRI DI TERAPIA FAMILIARE**

Nel corso di alcune esperienze di trattamento con adolescenti e le loro famiglie ci siamo sentiti in difficoltà e, attraverso momenti di confronto nel gruppo dei terapeuti, siamo arrivati a domandarci se esistono difficoltà specifiche nella cura di queste famiglie. Cerchiamo di spiegare cosa accade nella stanza del colloquio e come ci sentiamo nei panni del terapeuta.

Premessa l'esistenza di una molteplicità di situazioni familiari possibili e la non utilità della semplificazione, cerchiamo tuttavia di riferirci a due tipi di situazioni che abbiamo incontrato nella nostra esperienza clinica.

Nella prima tipologia di situazioni, ci troviamo a che fare con un adolescente sensibile e tiranno, che presenta atteggiamenti che oscillano tra modalità seduttive e di denuncia. In alcuni momenti si fa piccolo e bisognoso e sollecita nel terapeuta un atteggiamento di ascolto e di protezione; in altri si esprime con modalità assertive e competenti e descrive un clima familiare opprimente e inadeguato, ma soprattutto rivela fragilità e sofferenze dei genitori.

Da parte loro, i genitori arrivano in prima seduta con un carico di sentimenti fortemente negativi: provano vergogna per il fallimento del figlio, paura di venire criticati e giudicati come genitori sbagliati, sentono il pericolo che l'azione terapeutica sveli la loro inadeguatezza e possa screditarli nella loro funzione genitoriale. In prima seduta, una madre esordiva affermando *“pensiamo di farvi perdere tempo, ci sono altri che stanno ben peggio di noi!”*. Vivono sentimenti di impotenza e tendono a delegare al professionista la cura del figlio. Un padre, di fronte alle domande del terapeuta, che cercava di comprendere le strategie che aveva adottato con il figlio, affermava *“noi non sappiamo, chiediamo aiuto a lei che è un professionista”*. La delega può coesistere in maniera inconsapevole con il timore che qualcuno possa essere più bravo a comprendere il proprio figlio; il vissuto emotivo nei confronti del terapeuta risulta dunque complesso e sfaccettato.

Il clima emotivo presente nella stanza della terapia, ha il senso della tragedia e della necessità di trovare nell'immediato risposte risolutive, capaci di azzerare le angosce di morte evocate dal sintomo tossicomane. Le angosce e i sensi di colpa di tutti i membri della famiglia, attivano interventi di svalutazione reciproca e del contesto, accuse di inadeguatezza.

Un ragazzo, nel corso del secondo colloquio familiare, parla dei genitori: *“mio padre è depresso e mia madre è “fuori di testa”, fa delle scenate per delle sciocchezze; è impossibile stare a casa ...”*. I genitori non smentiscono, emerge la situazione di una coppia che è ai ferri corti, non condividono nulla; la madre, a causa dell'uso di sostanze del figlio, ha fatto un tentativo di allontanarsi con lui dalla casa coniugale, tentativo poi rientrato; il figlio si è sentito tradito da questo voltafaccia della madre.

Una ragazza parla della madre come di un'adolescente, una donna che non ha un lavoro, che ha bisogno di protezione da parte del convivente che ancora non l'ha sposata; lei non smentisce, porta la sua difficoltà a gestire le trasgressioni della figlia e propone che si sposti a vivere dalla nonna materna.

Questi esempi di interazione, tratti da spezzoni di dialoghi familiari, ben rappresentano quelle aperture che gli adolescenti fanno sulle difficoltà dei genitori. Noi terapeuti ci troviamo così ad avere preziose informazioni sui membri della famiglia, ma nello stesso

tempo corriamo il rischio di confermare l'adolescente esclusivamente nel ruolo di esperto della famiglia e di lasciare i genitori nella posizione di subalternità rispetto al figlio.

Nella seconda tipologia di situazioni, l'adolescente si presenta con un atteggiamento sulla difensiva a tratti aggressivo, alternato a momenti in cui pare critico e riflessivo, in ogni caso auto-centrato e non disponibile a confrontarsi sulle sofferenze che circolano in famiglia. Il suo assumersi tutta la responsabilità del disagio familiare appare complementare alla posizione dei genitori, che attribuiscono al sintomo di tossicodipendenza la responsabilità dell'infelicità della coppia e della loro famiglia. Il peso che il giovane adulto porta nei termini di responsabilità/colpa, lo conduce ad esplosioni di collera contro i genitori, che vengono accusati di non comprendere i suoi sforzi.

Un giovane adulto si rivolgeva ai suoi genitori così: *“è inutile che parliamo, tanto voi mi criticate sempre, ritornate continuamente sulla questione che mi drogo”* e i genitori a loro volta affermavano *“mentre eri in comunità, senza di te stavamo bene, non c'erano problemi”*. Al terzo incontro, dei genitori si presentano da soli raccontando che il figlio non ha voluto alzarsi quella mattina e sono intenzionati a raccontarci tutti i comportamenti disfunzionali di lui, di fatto mettendo a rischio l'iniziale fiducia che il figlio stava provando a investire sul contesto di lavoro allargato.

Il clima emotivo nella stanza ruota intorno al sentimento di rabbia; tutti i componenti della famiglia sono centrati sul proprio rancore e non riescono a fare spazio al sentimento dell'altro, appaiono sfiduciati sulla possibilità che possa essere riavviata una comunicazione positiva tra di loro.

E' nostra intenzione, in queste situazioni, rendere visibili e comunicabili le sofferenze di entrambe le parti in causa.

Come terapeuti ci sentiamo pressati dal timore che la famiglia non tolleri l'incertezza e la fatica che il lavoro comporta, che possa non tornare alla successiva seduta e vanificare il potenziale percorso di aiuto. Le attese di soluzioni magiche nel corso dei primi incontri di terapia vanno deluse e si chiede alla famiglia di sostenere il peso della incertezza e dello stare nella difficoltà *tout-court*. È una richiesta sostenibile?

Il problema della droga, per la prima volta, può mettere in luce la sofferenza psicologica che circola in tutta la famiglia, non solo nell'adolescente, e aprire la possibilità a un loro riconoscimento che non attivi immediatamente, in una sorta di corto circuito, il senso di colpa e di vergogna. Come muoversi verso questo obiettivo?

Nella stanza di terapia siamo attraversati da sentimenti contrapposti, attivati dall'adolescente e dalla famiglia, che risuonano con le caratteristiche individuali di ciascuno di noi. Ciascun terapeuta porta internamente delle parti di sé, sia come figlio nei termini di conflitti irrisolti e di mancati riconoscimenti, sia come genitore nel senso di

allearsi prioritariamente con gli adulti. La possibilità di confronto e di sostegno che il setting della psicoterapia familiare ci offre, cioè il lavorare in coppia, l'utilizzare i rimandi del gruppo di lavoro dietro lo specchio, rappresentano condizione essenziale per sostenere l'impatto dell'incontro con queste famiglie. Nonostante ciò abbiamo bisogno di individuare strategie specifiche.

### **LE STRATEGIE TERAPEUTICHE ATTE A FRONTEGGIARE LE DIFFICOLTÀ**

Intendiamo, in questo ultimo paragrafo, presentare alcune riflessioni condivise nel sistema terapeutico, sperando che possano risultare utili nella fase iniziale di conoscenza della famiglia.

Innanzitutto vogliamo fare una premessa, riguardante il nostro modo di rappresentarci la sofferenza psicologica dell'uomo e il suo significato nell'esistenza. Il trattamento psicoterapeutico si propone di promuovere lo svelamento delle sofferenze e di andare nella direzione contraria ai tentativi della famiglia di tenere sotto traccia le difficoltà, di mistificare, di normalizzare. È attraverso la difficoltà, che ogni essere umano procede nella vita e nel compimento di sé e la crisi individuale e familiare contiene dentro di sé una potenzialità generativa, di rinascita. La difficoltà spesso non può essere risolta, ma il fatto di riconoscerla, di dividerla con i propri familiari può aiutare a sostenerla, a trarne qualcosa di buono. Nella storia di vita dell'individuo adolescente e della sua famiglia, la difficoltà viene allora compresa in una prospettiva nuova, vale a dire come un passaggio critico verso la realizzazione delle individualità di ciascuno.

Abbiamo compreso che il termine "difficoltà", che stiamo utilizzando ampiamente in questa riflessione, ci ha aiutato nella comunicazione con la famiglia; infatti è un'espressione in uso nel linguaggio comune, non appartiene ad un ambito specialistico-patologico e rimanda perciò a situazioni di normalità, trasversali nell'esperienza umana e quindi affrontabili. Parlare di difficoltà può aiutarci ad evitare connotazioni di inadeguatezza e di colpa, già in circolo nelle famiglie che incontriamo.

In secondo luogo, entriamo nel merito delle strategie utili a costruire l'alleanza terapeutica, snodo fondamentale per la costruzione del contratto terapeutico e condizione per l'impegno reciproco tra il sistema familiare e quello terapeutico. Come abbiamo descritto precedentemente, la famiglia e l'adolescente arrivano in terapia con grandi timori e speranze, si muovono tra attese salvifiche e istanze svalutative, tendono in breve tempo a saturare la curiosità iniziale e a lasciare prevalere sensazioni di sfiducia e rassegnazione. Questo accade in tutte le famiglie ma soprattutto con le famiglie caratterizzate da dipendenza patologica, da uno stile adolescenziale diffuso, polarizzato sul tutto/niente. A questo proposito abbiamo trovato molto interessanti le indicazioni di Andolfi, che scrive:

“La costruzione dell’alleanza terapeutica con gli adolescenti ha bisogno di fondarsi su uno stile diretto, vale a dire sull’autenticità e sulla capacità di andare subito al nocciolo del problema, entrando nelle paure e nelle sofferenze dei pazienti, mettendo in gioco le proprie opinioni e intuizioni”. Pensiamo che questo possa essere lo stile più proficuo da adottare in stanza di terapia ed è nostro obiettivo addestrarci in tale direzione e orientare gli interventi da dietro lo specchio per aiutare il terapeuta che sta in stanza a mantenersi coerente con questo stile.

Altra strategia che vogliamo affinare è il riconoscimento dell’ambivalenza e la sua gestione nella comunicazione con il sistema familiare. L’adolescenza si configura come il tempo dell’ambivalenza e il terapeuta deve tenere conto di questa dimensione tentando di espandere ogni affermazione dell’adolescente nel suo opposto, ogni movimento relazionale esplicito nel movimento relazionale che rimane celato. Infatti, nel caso del giovane consumatore di sostanze stupefacenti, ad un atteggiamento di ribellione e di sfrontatezza verso il pericolo corrisponde un proporzionale sentimento di insicurezza e timore, e ad un atteggiamento di diniego del bisogno di vicinanza affettiva corrisponde un significativo bisogno di accudimento e contenimento affettivo. L’abilità in cui vogliamo addestrarci è quella di andare a sviscerare i significati contrapposti, di esplicitare le doppie valenze delle affermazioni.

Quando l’adolescente si pone come “esperto della sofferenza familiare”, il terapeuta può indagare meglio su come ha sviluppato la fine sensibilità psicologica che gli permette/lo obbliga a monitorare lo stato emotivo dei genitori. Chi glielo ha insegnato? L’adolescente ha lo stesso atteggiamento di attenzione anche verso sé stesso oppure no? Com’è accaduto che i genitori abbiano permesso che il figlio si mettesse sulla sedia del terapeuta in casa loro? Come hanno gestito le loro legittime difficoltà individuali, che esistevano nella loro vita anche prima della nascita del figlio e quindi prima che diventassero genitori?

Quando l’adolescente non si pone nel ruolo di terapeuta familiare, bensì di “figlio sbagliato”, il terapeuta può responsabilizzarlo nel rendere visibili le sue risorse e invitarlo a giocarsele nella negoziazione con i genitori. Come puoi mostrare a tuo padre che i soldi che ti dà non li utilizzi per drogarti? Al padre: come può riconoscere i piccoli passi del figlio nella direzione dell’impegno a cercare lavoro? Alla madre: come può riconoscere l’aiuto che il marito dà al figlio nel quotidiano?

Crediamo che, nonostante le “difficoltà”, la psicoterapia familiare con gli adolescenti che usano sostanze stupefacenti e con i loro genitori, possieda delle formidabili potenzialità. La psicoterapia familiare, connessa alla rete di interventi medici, educativi e psicologici precoci e integrati, attivati nel Ser.D, aumenta di molto la probabilità di efficacia terapeutica e, di riflesso, aiuta gli operatori a crescere nelle competenze specifiche.

## **BIBLIOGRAFIA**

Andolfi M. (2015), *La terapia familiare multi generazionale*, Raffaello Cortina Editore.

Andolfi M., Mascellani A. (2010), *Storie di adolescenza*, Raffaello Cortina Editore.

Bauman Z. (2009), *Modernità liquida*, Editori Laterza.

Blos P. (1962), *L'adolescenza. Una interpretazione psicoanalitica*, Franco Angeli.

Bowen M. (1980), *Dalla famiglia all'individuo*, Astrolabio.

Cancrini, L. (1982), *Quei temerari sulle macchine volanti*. Carocci, Roma.

Caretti V., La Barbera D. (2005), *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*, Raffaello Cortina Editore.

Cirillo S. et al. (2017), *La famiglia del tossicodipendente. Tra terapia e ricerca*, Raffaello Cortina Editore.

Framo James L. (1996), *Terapia intergenerazionale*, Raffaello Cortina Editore.

Kandel E. R. (1998), *A new intellectual framework for psychiatry*. American journal of Psychiatry.

Kandel E. R. (1999), *Biology and the future of psychoanalysis*. American journal of Psychiatry.

Lancini M. (2019), *Il ritiro sociale negli adolescenti*, Raffaello Cortina Editore.

Luciani V. (2011), *L'altra adolescenza. L'adolescenza nell'epoca del godimento*, Alpes Italia.