

Terapie brevi con bambini e adolescenti

Con **Francesca Moccia** — Psicologa e Psicoterapeuta, specializzata in Psicoterapia Breve Strategica. Direttrice Didattica del Master ICNOS in Terapie Brevi in Età Evolutiva e Vice-Direttrice della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Breve Sistemico-Strategica ICNOS. Membro eletto del Consiglio Direttivo della Società Scientifica di Psicoterapia Strategica. Co-fondatrice, con Angelica Giannetti, del Centro La Squadra.

Nota. Sintesi divulgativa del webinar TPC, a supporto della pratica clinica. Non sostituisce formazione specialistica né supervisione. I casi sono presentati in forma anonimizzata; nomi ed elementi identificativi sono di fantasia.

CHE COSA SONO LE TERAPIE BREVI

Le terapie brevi puntano a risolvere il problema portato in seduta nel minor tempo possibile — senza per questo essere superficiali: al contrario, richiedono molta precisione. Dentro questa cornice convivono più modelli.

Una precisazione. “Terapia breve” non è sinonimo di un singolo modello: l’etichetta raccoglie approcci anche molto diversi tra loro — dalle terapie cognitivo-comportamentali brevi fino ad alcune declinazioni della stessa psicoanalisi. In questo webinar il riferimento è allo specifico **approccio multiteorico** dell’Istituto ICNOS, che integra i tre modelli descritti qui sotto.

- **Terapia a Seduta Singola (TSS)** — parte dal presupposto che anche un solo incontro possa produrre un cambiamento significativo: ogni seduta viene preparata e condotta come se fosse l’unica, lasciando aperta la possibilità di proseguire se ritenuto necessario.
- **Terapia Breve Centrata sulla Soluzione (TBSCS)** — sposta l’attenzione dal problema alle risorse: si lavora su eccezioni, obiettivi e piccoli segnali di cambiamento (es. miracle question e scale).
- **Terapia Strategica** — orienta il focus sul problema presente attraverso il costruito delle tentate soluzioni: ciò che le persone hanno già provato a fare e che, paradossalmente, spesso mantiene il problema.

L’approccio multiteorico integra matrice strategica e approccio sistemico: i metodi si adattano alle persone e ai contesti, non il contrario. La domanda guida non è “quale approccio usare”, ma “come approcciare questa persona, in questo contesto”.

Quali sono i vantaggi delle terapie brevi in età evolutiva?

Il vantaggio principale è la **velocità di risposta rispetto ai tempi di sviluppo** del bambino o del ragazzo. Un anno di terapia per un adulto è un anno; per un bambino di 6 anni è un sesto della sua vita, che può attraversare un intero cambio di ciclo scolastico o una fase evolutiva.

Tempestività

Intervenire in modo mirato evita la procrastinazione tipica delle lunghe fasi di valutazione e impedisce che la difficoltà si consolidi.

Sostenibilità

Un percorso breve è percepito come impegno, non come carico imprevedibile sull’organizzazione e la logistica familiare.

Rispetto dei tempi di sviluppo

Evitare la patologizzazione non è solo questione di etichetta: aiutare il bambino a superare in fretta il problema impedisce che esso diventi un ostacolo al suo sviluppo fisiologico.

Protezione dalla patologizzazione

Dire “potrebbe bastare un solo incontro” comunica già alla famiglia: non è detto che si tratti di un problema strutturato che richiede un percorso lungo.

La progressione del setting

Il principio operativo è partire dal setting più semplice e aumentare la complessità solo quando le risorse del sistema lo richiedono. Non è una logica esclusiva dell'età evolutiva.

→	Intervento indiretto Si lavora con i soli adulti di riferimento (genitori, scuola); il minore non viene visto.
→	Intervento sistemico diretto Si coinvolge l'intera famiglia in seduta, incluse le risorse finora non considerate.
→	Intervento misto Si alternano sedute individuali con il minore e sedute familiari / con i genitori.

Principio trasversale: non tutto ciò che allarma l'adulto è un problema del bambino. Spesso il sintomo è un linguaggio per dire altro — fatica di crescere, bisogno di intimità, paura del giudizio, autoregolazione emotiva — più che un tema a sé.

CASO 1 · LUCIA, 6 ANNI — “Quando il toccarsi tocca”

Tema: comportamento sessualizzato (masturbazione) in contesto scolastico · Setting: intervento indiretto (genitori e scuola)

Presentazione. Gli insegnanti segnalano che da circa un mese Lucia, seduta in classe, si strofina i genitali con un atteggiamento che agli adulti appare compulsivo; i tentativi di distrazione sono inefficaci. In famiglia un interesse esplorativo era già comparso a 3-4 anni. Il pediatra, interpellato per primo, lo aveva collocato in una fase fisiologica di conoscenza corporea, salvo poi inviare a un percorso dopo la segnalazione scolastica.

Lettura del problema. I genitori temono due cose: che Lucia venga etichettata come “la bambina che si tocca” e che il comportamento nasconda un malessere profondo. L'**eccezione** dirimente: quando è molto coinvolta in un'attività, anche restando seduta a lungo, il comportamento non compare. Questo orienta la lettura verso noia e staticità motoria — complicate dal recente cambio di ciclo scolastico — più che verso un disagio strutturato.

Tentate soluzioni disfunzionali	L'intervento
X Distrarre la bambina mentre il comportamento è in corso	✓ TSS condotta come intervento indiretto con i soli genitori
X Spiegazioni e raccomandazioni preventive prima della scuola	✓ Risignificazione del comportamento come esplorazione e appropriazione del proprio corpo
X Rimproveri diretti (“non si fa”)	✓ Esperimento condiviso con la scuola: a ogni episodio in pubblico un adulto annota su un taccuino momento, attività in corso e durata
X Domande ripetute alla ricerca di una spiegazione	✓ Se persiste, avvicinarsi con sguardo accogliente e invitarla in un luogo privato — costruendo intimità e pudore, senza divieto né colpevolizzazione

Esito. La famiglia sceglie la “porta aperta”: tre sedute a cadenza quindicinale e due follow-up a 3 e 6 mesi. Il comportamento si ridimensiona naturalmente, senza che sia mai necessario vedere la bambina in un setting clinico.

DOMANDE CHIAVE DAL WEBINAR

Perché non vedere la bambina?

A 6 anni il “problema” è spesso lo sguardo di un adulto su un comportamento. Lucia non chiede aiuto e non si percepisce come problematica: convocarla in studio le comunicherebbe proprio ciò che i genitori temono di più, cioè che ci sia qualcosa che non va in lei. L'indiretto non è una scorciatoia, è la scelta più rispettosa — e resta un'ipotesi esplorativa: se non funzionasse, si aprirebbero altre prospettive.

Come coinvolgere la scuola?

Senza mai scavalcare i genitori: sono loro a fare da ponte, con un'autorizzazione esplicita a condividere l'indicazione. La scuola diventa così un alleato nell'osservazione, non un secondo fronte di valutazione.

Come si guidano i genitori come “coterapeuti”?

Con un compito piccolo, concreto, osservativo — non “gestire meglio”. Il taccuino è il dispositivo chiave: trasforma l'ansia in osservazione strutturata. Più il compito è ampio e vago, più rischia di diventare una nuova tentata soluzione disfunzionale.

E i genitori che “sanno già tutto”?

Non entrare in competizione: validare la loro preoccupazione e spostarsi sul concreto (“cosa avete già provato? ha funzionato?”). Chi “sa tutto” spesso è spaventato e cerca controllo: il terreno delle tentate soluzioni e delle eccezioni li libera dalla difesa dal giudizio percepito.

Senza vedere la paziente, come si valuta l'efficacia?

Con registrazioni comparate (genitori e scuola) e indicatori concreti: frequenza, contesti, durata. Se le versioni divergono, la divergenza stessa è informazione. Una discrepanza troppo ampia, segnali che non tornano o la mancata aderenza alle indicazioni sono il momento per valutare di vedere la bambina.

CASO 2 · LEONARDO, 12 ANNI — “L'online che mette a nudo”

Tema: diffusione non consensuale di immagini intime tra coetanei · Setting: misto — indiretto con i genitori, poi sistemico diretto con tutta la famiglia

Presentazione. Leonardo, al secondo anno di scuola secondaria di primo grado, aveva avviato uno scambio di foto con una compagna. Dopo essersene vantato mostrandole ad altri, la ragazza ha inoltrato in chat immagini della sua intimità, che hanno iniziato a circolare. Nonostante l'intervento di famiglie e scuola, Leonardo entra in crisi: smette di andare a scuola e oscilla tra ansia e pianto.

Lettura del problema. A differenza di Lucia, qui il problema si manifesta nel vissuto diretto del ragazzo — vergogna, ansia, evitamento scolastico. I genitori oscillano tra minimizzare (“ragazzata”) e drammatizzare; le loro tentate soluzioni (rimproveri, rassicurazioni vuote, parlarne di continuo) vengono bloccate già nella prima seduta. L'**eccezione**: Leonardo è più sereno accanto alla sorella maggiore **Ginevra**, con cui però il tema non era mai stato affrontato, per non coinvolgerla.

Genitori — prima seduta (indiretto)

Raccolta di informazioni e blocco esplicito delle tentate soluzioni: rimproveri (“non dovevamo darti il cellulare”), rassicurazioni vuote, parlarne in continuazione.

Ampliamento al sistema (diretto)

Si coinvolge l'intera famiglia, Ginevra compresa, come risorsa finora invisibile per la riabilitazione sociale del fratello.

Strumenti TBCS in seduta familiare

Migliori aspettative di ciascuno, miracle question sul futuro desiderato, scala del presente (risorse e punti di forza), scala del progresso (piccoli cambiamenti). Chiusura con il noticing affidato a tutta la famiglia.

Esito. Alla terza seduta Leonardo è rientrato a scuola da tre giorni e nel weekend è uscito con la sorella e i suoi amici, incrociando anche la ragazza coinvolta senza viverlo come catastrofico. Il percorso si chiude in cinque sedute: riprende la scuola, allarga le amicizie, si iscrive a uno sport di gruppo e ritrova una relazione serena con il proprio corpo anche in contesti esposti come gli spogliatoi.

DOMANDE CHIAVE DAL WEBINAR

Cosa ha fatto dire “i genitori da soli non bastano”?

Il problema viveva ormai nel vissuto del ragazzo, non più solo nello sguardo adulto; le tentate soluzioni dei genitori erano esaurite, se non controproducenti. Serviva entrare nel sistema vivo delle relazioni, anche per accelerare il rientro a scuola.

Come presentare il cambio di setting? Rischi e vantaggi?

Come un passo naturale (“ora proviamo a vederci tutti insieme”), senza comunicare un aumento di gravità. Il rischio è che il ragazzo lo viva come una punizione o un processo. Il vantaggio: emergono risorse che nell'indiretto restano invisibili — qui la sorella.

Come gestire l'imbarazzo del ragazzo?

Accogliendolo. Quando Leonardo è entrato chiuso nella tuta, con lo sguardo basso, non si è cercato di “scaldare” il clima: si è lavorato (aspettative, miracle question) e l'imbarazzo si è sciolto attraverso il lavoro, non prima. Rassicurare troppo presto comunica che c'è davvero qualcosa di cui vergognarsi.

L'intervento misto si usa anche con adulti?

Sì: con giovani adulti che vivono ancora in famiglia, o in terapie di coppia dove emergono temi che riguardano un figlio. La logica è sempre la stessa — partire dal setting più semplice e aggiungere complessità solo quando le risorse del sistema lo richiedono.

CASO 3 · ARIANNA, 16 ANNI — “Non so chi mi piace davvero”

Tema: dubbio sull'orientamento affettivo/sexuale vissuto in modo ossessivo · Setting: misto — una seduta con i genitori, lavoro prevalentemente individuale, due sedute familiari

Presentazione. Arianna, liceale con buoni risultati scolastici e sportivi, chiede lei stessa ai genitori un aiuto specialistico dopo un anno di “prove”: verifiche ripetute e logoranti delle proprie sensazioni di attrazione, tenute segrete finché il peso del dubbio non è diventato insostenibile. Non ha mai avuto una relazione affettiva e spesso si è trovata a dare consigli alle amiche.

Lettura del problema. I genitori si dichiarano aperti a un possibile orientamento omosessuale, ma preoccupati per l'isolamento crescente. Il meccanismo centrale: ogni volta che percepisce attrazione verso un corpo femminile, Arianna sente il bisogno di “verificare” evocando o cercando immagini maschili per controllare cosa prova. Questa “prova”, nata per dissipare il dubbio, è diventata pervasiva, generando confusione e la sensazione di essere ostaggio dei propri pensieri.

- Ristrutturazioni mirate sulle tentate soluzioni disfunzionali (il circuito delle “prove”)
- Scrittura dei pensieri nel momento in cui emergono, poi evoluta nella prescrizione del blocco delle risposte — tipica delle situazioni di dubbio patologico
- Tecnica dell'antropologo: osservazione strutturata e annotata dei coetanei, per spostare l'attenzione dal controllo interno all'osservazione esterna
- Cornice con i genitori (prima seduta + sedute familiari intermedia e conclusiva) per contenerli senza farli entrare nel contenuto specifico

Esito. Dieci sedute complessive. Arianna riduce progressivamente la compulsività delle “prove” e, provando ad aiutare un'amica con un dubbio simile, comprende che gli strumenti funzionano solo se calati in un percorso personalizzato — una scoperta che diventa essa stessa parte del lavoro terapeutico.

DOMANDE CHIAVE DAL WEBINAR

Cosa porta a scegliere il lavoro individuale?

Cambia chi porta la domanda: qui è Arianna stessa a chiedere aiuto. Il dubbio è un fenomeno che vive lei direttamente; i genitori non possono osservarlo né correggerlo dall'esterno, possono solo complicarlo. La scelta non riguarda l'età, ma dove “vive” il problema e quali risorse possono sbloccarlo.

Come gestire l'ansia dei genitori ed eventuali ingerenze?

Mantenendo uno spazio di cornice con loro — una prima seduta e poi sedute familiari intermedie — anche se il lavoro principale resta individuale. Così i genitori si sentono parte del percorso senza entrare nel contenuto, e il terapeuta monitora che non interferiscano da fuori.

E se emerge qualcosa che i genitori “dovrebbero” sapere?

Il contratto va chiarito dalla prima seduta individuale. Regola di base: ciò che riguarda il benessere e la sicurezza della ragazza deve poter essere comunicato; il contenuto specifico dei suoi vissuti resta suo, salvo che scelga di condividerlo. È un equilibrio negoziato caso per caso.

LA POSIZIONE DEL TERAPEUTA

Quando emerge qualcosa da comunicare ai genitori	Prima si prova sempre ad accompagnare la persona stessa verso la condivisione, valutando insieme cosa e come dire (di solito la via più efficace). Quando c'è un rischio concreto per la sicurezza, l'obbligo di comunicare prevale sulla riservatezza.
Il terapeuta che è anche genitore	Attenzione al “curse of knowledge”: sovrastimare quanto e cosa l'altro conosca. La genitorialità può essere una risorsa per il terapeuta (allena flessibilità, adattamento, pluralità di prospettive) — ma non sempre vale il contrario: essere terapeuti non rende automaticamente migliori genitori.
La sessualità come linguaggio	In tutti e tre i casi la sessualità è spesso un linguaggio per dire altro: fatica di crescere, bisogno di intimità, paura del giudizio, autoregolazione emotiva, funzione sistemica del sintomo. Leggerla come tema a sé rischia di far perdere il senso del problema.

GLOSSARIO RAPIDO

Tentate soluzioni disfunzionali	Ciò che le persone hanno già provato per risolvere il problema e che, paradossalmente, spesso lo mantiene.
Eccezione	Il momento o il contesto in cui il problema non si presenta: indizio prezioso su risorse e direzione dell'intervento.
Miracle question	Manovra TBCS che fa immaginare il futuro desiderato (“se il problema fosse risolto, da cosa te ne accorgeresti?”) per costruire l'obiettivo.
Noticing	Indicazione a osservare, tra una seduta e l'altra, i piccoli cambiamenti e segnali di miglioramento.
Tecnica dell'antropologo	Osservare e annotare i comportamenti degli altri, per spostare l'attenzione dal controllo interno all'osservazione esterna.

RISORSE

Libro: *Terapie brevi in età evolutiva. Crescere, cambiare, intervenire* (FrancoAngeli), a cura di F. Moccia, F. Cannistrà e F. Piccirilli.

Contatti relatrice: moccia17390@gmail.com · francescamoccia.it