

Integrazione tra Coherence Therapy e Analisi Transazionale: un caso clinico su un adolescente con diabete tipo 1

Ferdinando Podda¹

Integrating Coherence Therapy and Transactional Analysis: A Clinical Case Study of an Adolescent with Type 1 Diabetes

Abstract

L'adolescenza rappresenta un periodo critico nella gestione del diabete di tipo 1. Il presente articolo illustra un approccio psicoterapeutico integrato che combina la Coherence Therapy (CT) e l'Analisi Transazionale (AT) applicato a un caso clinico di un adolescente con diabete tipo 1. La Coherence Therapy offre strumenti per accedere alle credenze emotive implicite che mantengono i sintomi, mentre l'Analisi Transazionale fornisce una cornice per comprendere e ristrutturare le dinamiche relazionali e di

¹ Psicoterapeuta e Analista Transazionale. Ha conseguito un Master Universitario di secondo livello in neuropsicologia clinica e ha completato la formazione di primo livello in Coherence Therapy (CT) e in EMDR Basic Training - Livello 1. Si occupa di integrazione tra modelli esperienziali in psicoterapia e processi di consolidamento della memoria, con particolare attenzione al lavoro clinico

copione. Nel caso descritto, l'integrazione dei due modelli ha permesso di individuare il significato profondo del comportamento non aderente alle cure del paziente. I risultati hanno mostrato un miglioramento della gestione della malattia, una maggiore autonomia e una riduzione dei conflitti familiari. L'approccio integrato CT-AT si è rivelato efficace nel favorire cambiamenti duraturi e coerenti, suggerendo la validità di questa sinergia terapeutica per adolescenti con malattie croniche.

Abstract(English)

Adolescence poses specific challenges for managing type 1 diabetes, and difficulties with treatment adherence often carry relational and emotional meaning. This paper presents a clinical case illustrating an integrated psychotherapeutic approach that combines Coherence Therapy (CT) with Transactional Analysis (TA) in the work with an adolescent living with type 1 diabetes and marked non-adherence. CT is used to elicit and make explicit the implicit emotional learning that renders the symptom coherent and self-protective, while TA provides a clinical framework to work with ego states, script beliefs, and redecision processes. The integration supports a stable shift in meaning, leading to improved treatment adherence, greater autonomy, and reduced family conflict. The case highlights the potential clinical value of CT-TA synergy for adolescents living with chronic illness.

Parole chiave: Coherence Therapy; Analisi Transazionale; Ridecisione; Riconsolidamento della memoria; Diabete Tipo 1.

Keywords

Coherence Therapy; Transactional Analysis; memory reconsolidation; redecision; type 1 diabetes; adolescence; treatment adherence; chronic illness.

Introduzione

L'adolescenza rappresenta un periodo particolarmente critico per la gestione del diabete di tipo 1. I rapidi cambiamenti fisici e psicologici, uniti al bisogno di autonomia, possono ostacolare l'adesione del

giovane alle terapie mediche. Ne conseguono spesso difficoltà comportamentali e cali dell'aderenza terapeutica: molti adolescenti manifestano stress, ribellione e un calo della qualità di vita, nonché un basso autocontrollo glicemico e frequenti trasgressioni circa le raccomandazioni cliniche. Studi indicano che circa il 60% degli adolescenti con diabete di tipo 1 non segue pienamente il regime di cura e solo il 20% riesce a mantenere la glicemia entro i target raccomandati. Questo scenario evidenzia l'importanza di un approccio olistico al trattamento, che includa l'integrazione di interventi psicoterapeutici che possano migliorare la motivazione dei giovani pazienti, la loro accettazione della malattia e la collaborazione alle cure.

In questo contesto, presento il caso clinico di un adolescente con diabete di tipo 1, seguito integrando la Coherence Therapy e l'Analisi Transazionale. La Coherence Therapy (Ecker et al., 2018; Bastianelli et al., 2019), sviluppo recente nel panorama delle terapie esperienziali, offre un modello per comprendere in profondità il significato emotivo nascosto dei sintomi e per promuovere cambiamenti trasformativi duraturi attraverso il meccanismo neurobiologico del riconsolidamento della memoria. L'Analisi Transazionale, dal canto suo, focalizza l'attenzione sugli stati dell'Io (Genitore, Adulto, Bambino) e sul copione di vita – e dispone di tecniche esperienziali per ristrutturare le decisioni e credenze originarie. Integrando questi due modelli, è possibile far leva sui punti di forza di entrambi: la Coherence Therapy permette di accedere rapidamente alle radici emotive del problema (le credenze emotive profonde che rendono “coerente” il sintomo), mentre l'Analisi Transazionale fornisce una cornice chiara per comprendere le dinamiche relazionali e intrapsichiche (come il dialogo tra le diverse parti di sé) essenziali per un percorso volto a modificare attivamente le “decisioni di copione”.

Nel caso clinico presentato, questa integrazione si è rivelata efficace nel facilitare un cambiamento profondo nel giovane paziente, con esiti positivi sia sul piano psicologico che su quello clinico (miglior controllo glicemico e benessere generale). Di seguito verranno esposti i riferimenti teorici essenziali di ciascun approccio, prima di descrivere in dettaglio lo svolgimento del caso clinico. Per una conoscenza più approfondita dei modelli, si rimanda alla bibliografia presentata.

La Coherence Therapy e la coerenza del sintomo

La Coherence Therapy è una forma di psicoterapia breve e focalizzata, sviluppata da Bruce Ecker e colleghi negli anni '90, inizialmente nota come Depth-Oriented Brief Therapy. Essa si basa su un principio fondamentale: ogni sintomo, per quanto indesiderato a livello cosciente, esiste perché è mantenuto da uno schema emotivo implicito che lo rende necessario o utile per la sopravvivenza della persona (la cosiddetta “posizione pro-sintomo”, o “verità emotiva”). Il compito del terapeuta è dunque aiutare il paziente a scoprire, rendere esplicito e infine trasformare tale schema profondo, affinché il sintomo perda la sua necessità e possa scomparire spontaneamente e in modo definitivo.

I pilastri metodologici: scoperta, integrazione e trasformazione

Il percorso terapeutico in CT si articola attraverso diverse fasi fondamentali (non verranno spiegate tutte nel dettaglio) denominate scoperta, integrazione, trasformazione e verifica. Nella fase di scoperta il terapeuta, operando in modo esperienziale e fenomenologico, guida il paziente ad accedere in prima persona al proprio schema emotivo sottostante, cioè a quella “verità emotiva” intimamente associata al sintomo. Attraverso domande esplorative, immaginazioni guidate e altre tecniche specifiche che favoriscono l'esperienza vivida degli schemi sottostanti, il paziente comincia a

collegare il sintomo cosciente ai significati, ricordi e vissuti emotivi impliciti che danno senso (coerenza) a quel sintomo. È un processo di insight emotivo profondo: la persona sperimenta direttamente la credenza o l'apprendimento emotivo – spesso originato in età precoce – che fino a quel momento era operativo solo a livello inconscio. Una volta identificato e verbalizzata la posizione pro-sintomo, si passa alla fase di integrazione, in cui si consolida la consapevolezza ottenuta: il paziente riconosce pienamente (sebbene possa non approvare razionalmente) che il sintomo aveva (ed ha ancora) una funzione precisa, ad esempio proteggere da una ferita emotiva più profonda. In questa fase il terapeuta facilita l'accettazione non giudicante di quella parte di sé che ha mantenuto il sintomo per necessità, creando sicurezza nell'alleanza terapeutica ed evitando di ricorrere prematuramente a interpretazioni correttive che invalidino l'esperienza emotiva del paziente, la cosiddetta “empatia della coerenza”.

Segue poi la fase di trasformazione, il cuore del cambiamento terapeutico, che in Coherence Therapy coincide con l'innescare del processo di riconsolidamento della memoria. La scoperta dello schema emotivo apre infatti la possibilità di modificarlo: secondo le scoperte neuroscientifiche degli ultimi decenni, quando un ricordo emotivo profondamente radicato viene riattivato in modo intenso e accompagnato da un'esperienza contraddittoria (il cosiddetto “errore di previsione”), si apre una finestra di plasticità in cui la memoria originaria può essere aggiornata o dissolta (Pedreira, M. E., Pérez-Cuesta, L. M., & Maldonado, H. (2004); Ecker, 2018; Ecker, Ticic, & Hulley, 2012). La CT innesca concretamente questo meccanismo neuroplastico creando intenzionalmente quella che Ecker definisce esperienza di giustapposizione: si tratta di porre il paziente in contatto vivido con due esperienze incompatibili tra loro, entrambe vissute come vere, in modo da sperimentare un “mismatch” rispetto al vecchio schema.

Da quanto esposto, si può notare come la Coherence Therapy fornisca un modello esperienziale altamente focalizzato e integrato: pur definendo con precisione il tipo di esperienza da facilitare in ciascuna fase, non prescrive tecniche rigide, permettendo al terapeuta di utilizzare strumenti provenienti da altri approcci (dialoghi immaginativi, tecniche gestaltiche, role-play, EMDR, ecc.) purché funzionali a stimolare l'esperienza necessaria in ogni passo del processo. Tale processo viene definito da Ecker e colleghi Processo di Riconsolidamento Terapeutico (PRT) e può essere rintracciato in ogni seduta di terapia che porti a un cambiamento profondo, trasformativo. Come afferma Ecker, la CT può inoltre fungere da cornice integrativa in cui confluiscono abilmente competenze di altre terapie esperienziali, mantenendo però chiaro il filo conduttore del processo di cambiamento basato sulla coerenza del sintomo e sul riconsolidamento (PRT). Ciò la rende particolarmente adatta a essere combinata con modelli psicoterapeutici che condividano un orientamento esperienziale e la valorizzazione dei processi emotivi profondi – come avviene con l'Analisi Transazionale.

Punti di contatto tra Coherence Therapy e Analisi Transazionale

Alla luce delle descrizioni fornite, emergono sorprendenti parallelismi tra la Coherence Therapy e l'Analisi Transazionale (specialmente nella sua declinazione socio-cognitiva, vedi Tosi, 2016), nonostante le diverse origini storiche. Entrambe le prospettive condividono una visione “positiva” del sintomo: invece di considerarlo un elemento puramente patologico da sopprimere, lo interpretano come un segnale di qualcosa di significativo nell'esperienza della persona. In CT il sintomo segnala la presenza di una credenza/emozione inconscia che ha una sua logica adattiva; in Analisi Transazionale, il sintomo rappresenta l'espressione visibile di un copione di vita: è il segnale che la persona è ancora intrappolata in un modello relazionale e affettivo appreso precocemente. Il sintomo non è solo qualcosa da eliminare,

ma un messaggero che indica dove il copione limita la libertà e l'autenticità dell'individuo. In CT il sintomo è reso necessario da uno schema profondo (apprendimento emotivo), in AT socio-cognitiva cognitiva è connesso all'attivazione di stati dell'Io, definiti come processi mediazionali (Ceridono, D., & Viale, D., 2013) basati su schemi che derivano da apprendimenti e si manifestano in configurazioni prevedibili (pensieri, emozioni, comportamenti).

In questa prospettiva sia CT che AT mirano ad andare alla radice del sintomo, rintracciando l'apprendimento emotivo originario che lo sostiene e intervenendo a quel livello per ottenere un cambiamento duraturo.

È possibile mettere a confronto alcune fasi centrali del processo terapeutico nei due modelli, notando una struttura concettualmente sovrapponibile. Nella Coherence Therapy, il lavoro si apre con l'individuazione del sintomo bersaglio del cambiamento e la successiva esplorazione delle costruzioni emotive implicite che ne sostengono la persistenza e la coerenza nel tempo. Il sintomo viene così compreso come coerente con una rappresentazione profonda del Sé e del mondo, spesso originata in contesti relazionali precoci e mantenuta come forma di soluzione adattiva. La fase successiva consiste nel ricercare o creare le condizioni affinché il paziente possa vivere un'esperienza nuova e incompatibile con quella costruzione di significato: una giustapposizione che, attraverso il processo di riconsolidamento della memoria, consente la trasformazione stabile dello schema originario e la dissoluzione del sintomo.

Un processo analogo si riscontra nella prospettiva analitico-transazionale, dove la definizione del problema e la contrattualizzazione degli obiettivi aprono la via a un'esplorazione del copione di vita e delle credenze apprese del paziente sotto l'influenza dei messaggi genitoriali interiorizzati. Anche qui il cambiamento autentico non si produce attraverso l'analisi cognitiva, ma mediante

un'esperienza emotiva diretta, che permette di rivivere e rielaborare le antiche decisioni con nuove risorse e nuovi significati.

In entrambi i modelli, dunque, il cuore del processo trasformativo risiede nella possibilità di accedere in modo esperienziale al nucleo, spesso emotivo, che sostiene il sintomo e di favorire attraverso l'esperienza della disconferma dello schema originario una riorganizzazione profonda della memoria implicita.

Questa somiglianza non è casuale ma riflette, come notato da Menegazzi e de Nitto (2023), l'esistenza di una "sequenza universale di cambiamento trasformativo" comune a diversi approcci terapeutici, ovvero il Processo di Riconsolidamento Terapeutico. Tali autori sottolineano quanto affermato da Ecker, come la Coherence Therapy avesse individuato empiricamente questa sequenza già negli anni '90, ben prima che le neuroscienze confermassero nel 2000 il fenomeno del riconsolidamento, e come ciò rappresenti un incontro virtuoso tra clinica e scienza: "il riconsolidamento (della memoria) può concretamente essere preso in considerazione come punto di incontro tra due discipline" – la psicoterapia e le neuroscienze – confermando l'attendibilità del metodo clinico. Parallelamente, anche la terapia della ridecisione dei Goulding può essere vista come un precursore di tale sequenza trasformativa: già nel 1979 essa offriva una metodologia per "cambiare processi di natura implicita, tipici dello stato dell'Io Bambino", molto prima che si conoscesse il substrato neurobiologico di tali cambiamenti (Goulding, B. e Goulding, M., 1979). In altri termini, i pionieri della AT avevano già intuito la possibilità di modificare profondamente i processi emotivi appresi – ciò che oggi sappiamo avvenire attraverso il riconsolidamento – tramite un'esperienza terapeutica intensa e mirata di revisione del passato. Nella Tabella 1 viene proposta una tabella che mette in parallelo le fasi strategiche della Analisi Transazionale con i Passi del PRT, rielaborata per il presente contributo (Bastianelli et al., 2019).

Tabella 1
Tradotta e riadattata da Bastianelli et al. (2019)

Fasi strategiche AT	Fasi del PRT	Passi del PRT
Alleanza - Esplorazione del problema - Identificazione dei sintomi - Eventuale uso di questionari per la valutazione pre-trattamento - Relazione empatica - Collaborazione - Contratto psicoterapeutico esplicito	I. Sequenza di Accesso	A. Identificazione e del sintomo
Decontaminazione Scoperta e consapevolezza esplicita di: - la vecchia “decisione di copione” - aspetti cognitivi, emotive, somatici e comportamentali dello schema - input che attivano lo schema e la sequenza di copione (input, risposta e impatto sul sé) - profonda empatia che convalida l'esperienza vivida dello schema (conoscenza esperienziale)		B. Recupero dell'apprendimento target

Tabella 1 Tradotta e riadattata da Bastianelli et al. (2019)		
- Recupero/attivazione di una esperienza antitetica		C. Identificazione e della conoscenza contraddittoria
Deconfusione 1. Contatto con la vecchia “decisione di copione” e attivazione degli Stati dell'Io coinvolti 2. Individuazione ed espressione delle emozioni e dei bisogni autentici, “ridecisione” alla luce di una nuova conoscenza/esperienza. 3. Ripetizioni dell'esperienza durante il processo di ridecisione e applicazione alla situazione presente.	II. Sequenza di Trasformazione	1. Riattivazione dell'apprendimento target 2. Attivazione della conoscenza contraddittoria, mismatch (mancata corrispondenza) 3. Ripetizioni di esperienze di mancata corrispondenza

Tabella 1
Tradotta e riadattata da Bastianelli et al. (2019)

- Verifica dell'annullamento dello schema in caso di cambiamento trasformativo e convalida dei segni di permanenza senza sforzo - Processi di separazione dalla relazione terapeutica	III. Verifica	V. Verifica della cancellazione dell'apprendimento target: -Cessazione del sintomo -Non riattivazione dell'apprendimento emotivo (schema) - Permanenza senza sforzo
--	-----------------------------	---

Un altro aspetto condiviso è l'enfasi sulla dimensione esperienziale. Sia la Coherence Therapy che l'Analisi Transazionale ritengono che il cambiamento autentico non derivi da una mera comprensione intellettuale, ma dal far vivere al paziente un'esperienza emotiva nuova ma vera nel contesto sicuro della relazione terapeutica. La CT insiste sul fatto che solo accedendo soggettivamente alla propria "verità emotiva" e poi vivendo un'esperienza incoerente con essa, si possa innescare il processo di trasformazione. La AT, dal canto suo, permette al paziente di esprimere pienamente emozioni represses e di sperimentare "in vivo" nuove risposte, integrando così emozione, cognizione e comportamento nel momento del cambiamento. Entrambi i metodi sfruttano dunque la potenza del qui-ed-ora emotivo in seduta per riscrivere le vecchie memorie: non è un caso che i Gouling affermassero che una ridecisione efficace "si sente nell'aria" quando accade, indicando quel momento quasi tangibile in cui il paziente rivive la scena passata con un esito differente.

Presentazione del Caso Clinico

Marco (nome di fantasia) è un ragazzo di 15 anni, frequentante il secondo anno di liceo, affetto da diabete mellito di tipo 1 dall'età di 8 anni. Vive con i genitori (il padre cinquantenne impiegato e la madre quarantacinquenne insegnante) e una sorella minore di dieci anni. Fin dalla diagnosi, Marco ha seguito la terapia insulinica e la dieta con il supporto attivo dei genitori, in particolare della madre, che si è sempre mostrata estremamente protettiva e attenta. Negli ultimi due anni, tuttavia, con l'ingresso nell'adolescenza, Marco ha sviluppato un atteggiamento di crescente rifiuto e ribellione verso la gestione della malattia. In particolare, riferisce di odiare le continue routine imposte (misurazioni glicemiche, conteggio dei carboidrati, iniezioni) e di sentirsi "diverso da tutti" a causa del diabete. Ha iniziato a trasgredire le prescrizioni mediche: salta frequentemente i controlli, occasionalmente omette o ritarda le iniezioni di insulina (soprattutto quando è fuori casa con gli amici) e disattende la dieta concedendosi cibi dolci di nascosto. Questo comportamento ha portato a diversi episodi di iperglicemia marcata e chetoacidosi incipiente; in un caso, (circa sei mesi prima dell'inizio della psicoterapia) è stato necessario un ricovero ospedaliero per chetoacidosi diabetica dopo che Marco aveva deliberatamente evitato l'insulina per un intero fine settimana. In famiglia, la situazione ha generato forte apprensione e conflitti: la madre è entrata in un circolo di iper-controllo e ansia (lo monitora continuamente, tende a rimproverarlo duramente ad ogni valore fuori norma, gli impedisce di partecipare a gite scolastiche per timore che "si faccia del male da solo"); Marco, in risposta, ha accentuato la provocazione e la chiusura comunicativa, arrivando a dire ai genitori: "È la mia vita, smettetela di trattarmi da malato!". Il padre, più defilato, tenta di mediare ma spesso finisce per appoggiare la moglie nel richiamare Marco alle sue responsabilità, con il risultato che il ragazzo percepisce entrambi i genitori come alleati nel controllo oppressivo. Sul piano emotivo, Marco mostra un mix di rabbia, senso

di colpa e tristezza: rabbia verso i genitori (e verso la malattia stessa, che definisce “una maledizione che non volevo”); senso di colpa quando vede la madre piangere esasperata per la paura delle complicanze; tristezza e demoralizzazione per la sensazione di non poter condurre una vita normale (“Non sarò mai libero come i miei amici”). A scuola il suo rendimento è discreto ma in lieve calo, soprattutto nell’ultimo anno; ha un buon gruppo di amici, con cui però evita di parlare del diabete per non sentirsi etichettato.

Marco arriva in psicoterapia su invio del diabetologo pediatra, il quale ha rilevato un peggioramento significativo dell’emoglobina glicata (HbA1c) e teme per la salute del ragazzo se non cambia condotta. Anche la madre, disperata e preoccupata, spinge per un intervento psicoterapeutico, mentre Marco inizialmente si mostra scettico (“Non sono pazzo, è inutile lo psicologo”). Viene quindi intrapreso un percorso di psicoterapia individuale, e il coinvolgimento attivo dei genitori per gli aspetti di coordinamento con le cure mediche. Sin dal primo colloquio, l’obiettivo condiviso (contratto terapeutico) è chiaro: aiutare Marco a trovare un modo per gestire il diabete senza vivere la cura come una prigione, migliorando la sua aderenza al trattamento e il clima familiare. Il lavoro consisterà nell’aiutare il paziente sia nel capire le ragioni profonde del suo comportamento (perché gli risulta così difficile prendersi cura di sé) sia nel trovare insieme nuove soluzioni che gli permettano di sentirsi più libero e allo stesso tempo al sicuro. Marco, pur mantenendo un atteggiamento inizialmente distaccato, accetta la sfida di “capire cosa gli succede”. In questa fase il terapeuta si focalizza nell’instaurare con lui un’alleanza basata su fiducia e assenza di giudizio, spiegandogli che il sintomo (le trasgressioni terapeutiche) non è visto come una sua “colpa”, ma come un segnale importante di qualcosa che vale la pena esplorare (“Se una parte di te fa fatica a seguire le cure, avrà i suoi motivi – proviamo a scoprire quali.”). Questa posizione non colpevolizzante (tipica della Coherence Therapy e coerente con l’assunto AT della Okness di ogni

persona) sembra ridurre la difensività di Marco, che commenta: "Be', di solito tutti dicono che sbaglio e basta... Almeno tu cerchi di capire perché lo faccio."

L'intervento terapeutico

Il percorso terapeutico è durato complessivamente 15 sessioni individuali settimanali con Marco, intervallate da alcuni colloqui con i genitori per monitorare e sostenere i cambiamenti. Di seguito vengono descritte le fasi salienti dell'intervento integrato Coherence Therapy / Analisi Transazionale, con particolare attenzione agli snodi clinici ed esperienziali.

Fase 1 – Costruzione dell'alleanza e identificazione del sintomo (Passo A)

Nelle prime sedute il lavoro è stato centrato sulla costruzione di una solida alleanza terapeutica, condizione indispensabile affinché Marco potesse esplorare con sicurezza le proprie vulnerabilità. In ottica analitico-transazionale, si è favorito un rapporto Adulto–Adulto basato sulla collaborazione e sulla definizione condivisa degli obiettivi.

Parallelamente, secondo il modello della Coherence Therapy, si è guidato Marco nell'analisi contestuale del comportamento-sintomo: le situazioni in cui tendeva a saltare l'insulina, le emozioni associate e i significati impliciti. È emerso subito, già in questa fase, come i momenti di non aderenza fossero collegati al bisogno di appartenenza ("non voglio sentirmi diverso dai miei amici") e al conflitto con la madre ("voglio dimostrare di avere io il controllo"). Queste osservazioni hanno permesso di empatizzare con la emergente coerenza del sintomo, ossia la funzione relazionale e identitaria che lo rendeva necessario.

Terapeuta: “Capisco: quando sei con gli amici, quello che conta di più per te è sentirti uno di loro, e il diabete in quei momenti rappresenta un ostacolo. Così, per qualche ora, fai finta che non esista.”
 Marco: “Sì, esatto. Voglio essere normale almeno per un po’.”

Questa prima consapevolezza ha costituito la base per accedere al livello più profondo: perché per Marco l'autonomia significava rischio di solitudine, e perché il “farsi male” fosse divenuto un modo per sentirsi amato.

Fase 1 – Scoperta dello schema emotivo pro-sintomo (Passo B)

Nelle sedute successive, si è applicata la metodologia della Coherence Therapy per far emergere lo schema emotivo sottostante. Riporto un trascritto esemplificativo del lavoro di scoperta della “verità emotiva” o “posizione pro-sintomo”.

T *Quando ritardi i pasti o salti un controllo, cosa temi accadrebbe se seguissi tutto alla lettera anche davanti agli altri?*

M *Mi sentirei esposto... diverso dagli altri. E con i miei, forse verrei notato di meno.*

T *Esposto a cosa, esattamente: al giudizio dei pari o al rischio di non essere più visto a casa?*

M *A entrambe le cose: con gli amici non voglio sembrare ‘malato’; a casa se sto bene si rilassano e mi lasciano stare.*

T *Quindi se mi curo pienamente e sto bene, allora... ti va di ripetere questa frase a voce alta e completarla, con le prime cose che ti vengono in mente, senza sforzarti di pensare?*

M *Se mi curo pienamente e sto bene ...allora rischio di non essere visto. Con gli amici sono visto come “diverso”, con i miei come “autonomo che non ha bisogno”.*

T *E quando invece trasgredisci un po', che cosa ottieni?*

M *Sento di appartenere di più al gruppo. E a casa... si allarmano, si accorgono subito di me.*

T *Metto insieme ciò che hai detto: "Se sto bene e seguo tutto, sono invisibile; se trasgredisco, mi sento come gli altri e vengo visto." Ti risuona?*

M *Sì... sembra strano ma è così*

T *Lo dici con le tue parole in una frase unica?*

M *"Se sto bene e mi curo, ho paura di sparire; se trasgredisco, i miei si accorgono subito di me e con gli amici mi sento uguale agli altri."*

Più avanti [...]

T *Ti propongo di leggere ad alta voce la frase che abbiamo trovato e di notare cosa succede nel corpo.*

M *(legge) ...Sento una stretta allo stomaco, ma anche sollievo nel dirlo chiaramente.*

T *Ha senso, è coerente con ciò che hai vissuto.*

M *Sì, mi sento meno in colpa.*

T *Vorrei proporti un compito tra le sedute: leggi due volte al giorno questa frase ad alta voce e annota quello che emerge — emozioni, sensazioni corporee, pensieri, impulsi e comportamenti. Non cambiare nulla, ma quello che emerge portalo in seduta.*

M *Va bene leggo e vedo che cosa accade*

Fase 1 – Scoperta di una Conoscenza Contraddittoria (Passo C)

Attraverso un esercizio di immaginazione guidata relativo a un precedente ricovero ospedaliero, Marco ha poi potuto rivivere la sensazione di sicurezza sperimentata quando i genitori gli erano accanto. Da quella scena è emersa spontaneamente la credenza implicita: “Quando sto male... loro ci sono.” Marco viene invitato a “tornare” al suo ultimo ricovero per chetoacidosi: “Chiudi gli occhi, rivedi la stanza. Nota luci, suoni, odori. Dov’è il tuo corpo, cosa senti?”. Marco colloca subito la scena: letto con sponde alzate, luce fredda di neon, odore di disinfettante, cannula nel dorso della mano. Riferisce gola secca, fiato corto, pancia “contratta”. Mentre resta in contatto con le sensazioni, il terapeuta fa focalizzare sull’ingresso dei genitori: la madre che sistema la coperta e gli tiene la mano, il padre che parla con il medico e poi si siede accanto, una mano sulla spalla. Marco nota micro-segnali: “Quando loro sono lì, respiro più lento... mi sento tenuto”. Rileggendo i dati fenomenologici (presenza fisica, contatto mano-mano, voce bassa, attenzione continua) il terapeuta attua una riformulazione specchio: “In questo ricordo, stare male equivale a essere visti e protetti”. Marco annuisce, gli occhi lucidi, riferisce un “senso di verità” caldo al petto.

Il terapeuta ha aiutato Marco a riconoscere questa costruzione come una regola emotiva implicita che orientava il suo comportamento: “Devo stare male per ricevere attenzione e amore”.

Per favorire la disconferma, è stato utilizzato un dialogo immaginativo con la figura materna (tecnica della sedia vuota), in cui Marco ha potuto sentire la risposta affettiva correttiva:

Madre (sulla sedia): “Non devi star male perché ci importi di te. Ti vogliamo bene sempre, anche quando stai bene.”

Questo momento ha rappresentato la fase di attivazione della memoria implicita e la contemporanea introduzione di un'esperienza incompatibile con la costruzione originaria, ponendo le basi per l'esperienza trasformativa.

Fase 2 – Esperienza trasformativa e riconsolidamento (Passi 1-2-3)

Una volta reso consapevole lo schema pro-sintomo (“se sto male, ricevo amore”), il lavoro si è spostato sull'esperienza emotiva di ridecisione e aggiornamento del copione. Nelle sedute successive Marco ha potuto dialogare con la propria parte emotiva, riconoscendo la paura di perdere l'amore dei genitori se fosse stato “forte e indipendente”.

Marco (rivolto al sé bambino): “So che hai paura perché, se starai bene, mamma e papà non ti vorranno più bene come quando stavi male.”

Terapeuta: “E cosa senti vero rispetto a ciò che sai dei tuoi genitori?”

Marco: “Che mi amano sempre. Che vogliono vedermi stare bene.”

Questa giustapposizione tra la vecchia credenza (“solo se sto male sono amato”) e la nuova esperienza (“sono amato anche quando sto bene”) ha permesso la trasformazione coerente descritta dalla Coherence Therapy. In termini AT, il Bambino ha potuto ridecidere, con il sostegno dell'Adulto, di potersi prendere cura di sé senza temere la perdita d'amore.

Nei giorni successivi, Marco ha iniziato a mostrare un cambiamento spontaneo nel comportamento: maggiore aderenza terapeutica, riduzione dei comportamenti oppositivi e capacità di chiedere aiuto in modo diretto (“Ho detto a mia madre che non mi sentivo bene invece di nascondere. Mi ha abbracciato, e mi sono sentito sollevato”).

Nel lavoro con Marco si sono evidenziati **almeno due schemi pro-sintomo distinti** che rendevano “necessaria” la non-aderenza:

Versante familiare (visibilità/prossimità): la trasgressione come modo per essere visto e accudito (“se sto male, mi cercano”).

Versante dei pari (appartenenza/non-differenza): l’omissione/ritardo delle cure come modo per non sembrare diverso (“se mi curo davanti agli altri, sembro il malato”).

Questa articolazione è emersa tramite una mappatura episodio-per-episodio, che ha permesso di isolare quando, con chi e a quale costo/beneficio si attivasse il comportamento target.

La svolta clinica si è manifestata quando Marco ha portato un episodio recente a valenza incompatibile con la PPS: ha fatto l’insulina davanti agli amici e “hanno solo aspettato e scherzato”, e in famiglia ha ricevuto messaggi di sostegno anche quando i valori erano stabili. Il terapeuta ha usato questa occasione trasformandola in giustapposizione (mismatch TRP): le due mappe sono state co-attivate, da un lato la PPS (“se sto bene e mi curo, sparisco/non sono visto; con i pari sembro diverso”), dall’altro i dati recenti e credibili (pari che attendono senza stigma; genitori che restano presenti anche quando sta bene).

T Finora hai detto che trasgredire ti mantiene “visto” ed evita la percezione di sentirti diverso con gli amici. Ma sembra tu abbia fatto anche un’altra esperienza. Ti va di ripercorrerla?

M Sì. La scorsa settimana ho fatto l’insulina davanti ai miei amici: hanno solo aspettato e scherzato. Nessuno ha fatto storie.

T E a casa, quando i valori sono stati stabili per qualche giorno, cos’è successo?

M Mia madre mi ha scritto: “Orgogliosa di te”. Mio padre mi ha chiesto come stavo, anche se stavo bene.

T Allora: senza trasgredire, sei stato comunque visto dai pari e dai tuoi. È corretto?

M Sì, ed è strano... non me l'aspettavo.

T Proviamo a mettere insieme queste due esperienze nuove. Anche se una parte di me crede che se sto bene e seguo le cure sparirò e mi sentirò diverso oggi...

M ...oggi vedo che i miei ci sono anche quando sto bene e con i miei amici resto come tutti mentre mi curo. Non ho bisogno di trasgredire per farmi vedere o per sentirmi parte del gruppo.

T Bene. Leggila a voce alta e nota cosa senti

M (legge) ...Sento meno stretta allo stomaco. Mi viene anche un po' da respirare più libero.

T La senti vera?

M Sì, mi suona vera adesso.

T Ti chiedo di rimanere in contatto con questa nuova consapevolezza emotiva, come hai fatto in passato.

M Va bene, lo faccio. Mi aiuta averla scritta così.

Fase 3 – Verifica e chiusura

Le ultime sedute sono state dedicate a rafforzare il Sé Adulto e a consolidare la nuova decisione in diversi contesti. Marco ha sperimentato modi più autonomi e assertivi di gestire la propria cura, mantenendo al tempo stesso una relazione più equilibrata con i genitori.

In un incontro con la madre, Marco ha espresso con chiarezza:

“Mamma, ho sempre sentito tanta pressione da parte tua. Mi faceva arrabbiare, ma ora capisco che lo facevi perché mi vuoi bene. Ti prometto che mi impegnerò, ma fidati un po' di più di me.”

Questo passaggio segna il superamento del vecchio copione relazionale: il bisogno di amore non è più legato al sintomo, ma può essere soddisfatto attraverso la comunicazione diretta e autentica.

Al termine della terapia, Marco aveva raggiunto una piena adesione al trattamento medico, un miglioramento significativo dei parametri glicemici e una riduzione dei conflitti familiari. Il sintomo iniziale ha perso la sua funzione difensiva e affettiva, in linea con il principio centrale della Coherence Therapy: “Quando il sintomo perde la sua funzione nascosta, semplicemente scompare.” (Ecker, B. (2002). *Depth-Oriented Brief Therapy and Panic Attack Treatment. Psychotherapy Networker.*)

Discussione

Il caso clinico di Marco illustra chiaramente come l'integrazione tra Coherence Therapy e Analisi Transazionale possa fornire un potente approccio terapeutico per situazioni complesse dove un sintomo comportamentale (nel nostro caso, la gestione inadeguata di una malattia cronica) è alimentato da conflitti emotivi profondi e da schemi relazionali non adattivi. Tale integrazione si è rivelata vantaggiosa su più livelli.

Comprensione multidimensionale del caso: L'uso combinato dei due modelli ha permesso di formulare una concettualizzazione ricca del problema di Marco. La Coherence Therapy ha fornito la lente per individuare la coerenza emotiva del sintomo – abbiamo scoperto cioè per quale bisogno Marco “sceglieva” inconsciamente di non curarsi. L'Analisi Transazionale ha offerto un linguaggio e una struttura per capire “chi” dentro di lui spingeva verso quella “scelta” (il suo Bambino spaventato dal perdere l'amore dai genitori e l'appartenenza al gruppo dei pari). In termini diagnostici, l'AT ha consentito di concettualizzare il problema in termini di copione. Parallelamente, la CT ha concettualizzato il tutto come un sintomo coerente generato da

uno specifico schema emotivo implicito. La convergenza di queste prospettive ha reso molto chiaro su cosa intervenire: non sulla semplice imposizione comportamentale (“obbedisci alle cure!”), che già era fallita in passato, ma sulla trasformazione di quello schema emotivo di base che rendeva necessario sabotare le cure. In letteratura, questo caso conferma quanto affermato da Ecker: “due persone con sintomi simili possono avere schemi sottostanti completamente diversi” – e dunque è essenziale individuare il proprio schema per ciascun paziente. In questo caso, solo scoprendo la credenza “se sto male mi stanno vicino e vengo amato” è stato possibile poi scioglierla; un approccio solo educativo o comportamentale non avrebbe toccato questo livello, e con alta probabilità Marco avrebbe continuato a “sabotarsi”.

Integrando gli strumenti della CT e della AT, il terapeuta ha potuto disporre di un arsenale di tecniche flessibili per adattarsi al meglio al paziente. Ecker sottolinea che la CT non prescrive tecniche fisse ma può integrare metodi di altri approcci purché rispettino la logica delle sue fasi. Questa esperienza lo conferma: la tecnica gestaltica della sedia vuota, ad esempio, è stata perfettamente funzionale nel creare la giustapposizione emozionale necessaria e nel facilitare la ridecisione finale. In altri termini, l’AT ha fornito la messa in scena e la narrazione, mentre la CT ha fornito la regia di quando e come usare quella scena per riscrivere la memoria. Questa complementarità risulta preziosa soprattutto in un contesto terapeutico breve: in sole 15 sedute si è riusciti a raggiungere il nucleo del problema e a risolverlo, cosa che forse non sarebbe stata possibile seguendo rigidamente un unico modello. Combinandole, si è ottenuta un’efficacia notevole: la CT ha mantenuto il focus stretto sul sintomo e sulla sua rapida dissoluzione, la AT ha assicurato che il cambiamento fosse generalizzato alla personalità di Marco (rinforzando il suo Adulto e riorganizzando le sue relazioni familiari). In effetti, alla fine del trattamento non solo il comportamento-sintomo era sparito, ma Marco sembrava aver

compiuto un salto evolutivo nel suo ruolo di figlio e di paziente attivo, segno che il copione stesso è stato modificato e non solo “tamponato”.

Il caso offre un piccolo contributo empirico alla comprensione di come avviene il cambiamento terapeutico profondo. Vediamo infatti rispecchiati molti dei marker individuati dalla ricerca sia sul riconsolidamento della memoria che sul cambiamento di copione: c'è stata una fase di riattivazione intensa della memoria emotiva (sedute 5-7), seguita da un mismatch emozionale (seduta 9) e infine dall'effettiva scomparsa del sintomo senza sforzo cosciente. Questo corrisponde esattamente ai criteri neuroscientifici di eradicazione di un apprendimento emotivo tramite riconsolidamento. Allo stesso modo, in AT possiamo dire che c'è stata una ridecisione autentica, caratterizzata da forte coinvolgimento del Bambino e sostenuta poi dall'Adulto che ha portato a una riscrittura copionale, come dimostrato dal nuovo comportamento di Marco. Osservare ciò in un contesto clinico è incoraggiante e suggerisce che combinare il riconsolidamento (CT) con una cornice Analitico Transazionale sia un modo efficace per accelerare e validare il processo di cambiamento: accelerare, perché il focus è mirato al nucleo emozionale; validare, perché il cambiamento risulta evidente nei termini stessi del paziente (nel suo nuovo copione di vita più aderente al qui ed ora e quindi più sano).

Implicazioni per il trattamento di adolescenti con malattie croniche

Il caso di Marco evidenzia come un intervento psicoterapeutico integrato possa avere ricadute estremamente positive nella gestione clinica di una malattia come il diabete giovanile. In letteratura si sottolinea il bisogno di affiancare supporto psicologico ai giovani con diabete per migliorare la loro aderenza e prevenire complicanze. L'esperienza di Marco mostra che spesso dietro la “non collaborazione” di un adolescente non c'è semplice incoscienza o

rifiuto, ma conflitti emotivi complessi legati all'identità, all'autonomia e alle dinamiche familiari. Andare a risolvere questi conflitti consente di sbloccare la situazione dove approcci educativi standard falliscono. La Coherence Therapy e l'Analisi Transazionale si sono rivelate una combinazione vincente: la prima ha portato alla luce il bisogno relazionale nascosto che la condotta non aderente esprimeva, la seconda ha fornito una struttura di intervento cucita sul paziente (lavoro con gli stati dell'Io e la ridecisione) che si sono rivelati funzionali e accessibili, specie se paragonati a interventi meramente cognitivi o didattici. Inoltre, l'AT ha coinvolto la famiglia nel giusto modo, restituendo ai genitori un ruolo – non più punitivo o colpevolizzante – di sostegno affettivo. Questo è cruciale nell'adolescenza, dove il giovane oscilla tra bisogno di indipendenza e necessità di base di sentirsi ancora protetto. Riconoscere e legittimare tale ambivalenza (cosa che si è cercato di mettere in atto, esplicitando a Marco che fosse normale per una parte di lui voler essere accudita come un bambino) paradossalmente facilita il raggiungimento dell'autonomia: Marco, sentendosi sicuro dell'affetto genitoriale, ha potuto lasciar andare il sintomo e assumersi la responsabilità della propria salute. Questo rispecchia quanto riportato da studi sul diabete tipo 1: un aumento dell'autostima, dell'auto-efficacia e della percezione di supporto familiare portano a migliorare l'adesione e gli esiti clinici. In altre parole, lavorare sul piano psicologico profondo non è un “optional” ma può tradursi direttamente in benefici medici tangibili (riduzione di HbA1c, prevenzione delle complicanze), come evidenziato nel nostro caso.

Naturalmente, vi sono anche alcune considerazioni di cautela e spunti per sviluppi futuri. Questo è un singolo caso clinico e sarebbe importante poter applicare questo approccio integrato in studi clinici più ampi o trial, per verificarne la generalizzabilità e l'efficacia rispetto a interventi standard. Un altro punto è che l'integrazione CT-AT richiede da parte del terapeuta una formazione in entrambi gli

approcci e una buona capacità di flessibilità tecnica. Non tutti i contesti clinici sono attrezzati per questo livello di specializzazione. Tuttavia, l'auspicio è che questo caso possa fungere da esempio pilota di come teorie e tecniche provenienti da modelli diversi possano convergere in un intervento cucito su misura per il paziente, massimizzandone i benefici. Come già sostenuto da Bastianelli e colleghi (Bastianelli et al., 2019; Menegazzi e de Nitto, 2023), l'incontro tra l'Analisi Transazionale e la Coherence Therapy – supportato dal comune denominatore del riconsolidamento terapeutico – rappresenta un promettente terreno di innovazione e ricerca in psicoterapia dove la tradizione umanistica si sposa con le acquisizioni delle neuroscienze.

Conclusioni

Il presente articolo ha illustrato un approccio integrato tra Coherence Therapy e Analisi Transazionale applicato a un caso clinico di diabete giovanile con problematiche di aderenza alle cure. Attraverso la descrizione dettagliata del caso di “Marco”, un adolescente in conflitto tra bisogno di autonomia e bisogno di cure, si è messo in luce come i due modelli terapeutici possano intrecciarsi efficacemente: la CT ha permesso di rintracciare la logica nascosta del sintomo e di disinnescarla tramite il processo di riconsolidamento terapeutico, mentre l'Analisi Transazionale ha fornito una cornice concettuale e un linguaggio comprensibili per il paziente e la famiglia, facilitando la ridecisione e la riorganizzazione del copione di vita. I risultati ottenuti – sensibile miglioramento clinico, cambiamento comportamentale stabile e crescita emotiva del ragazzo – suggeriscono che tale integrazione non solo è possibile, ma auspicabile in situazioni dove aspetti medici e psicologici si intersecano. In conclusione, integrare Coherence Therapy e Analisi Transazionale può rappresentare un approccio vincente e innovativo nella psicoterapia di condizioni complesse, con potenziali applicazioni

che vanno ben oltre il caso presentato, aprendo la strada a nuovi sviluppi clinici e di ricerca su come facilitare al meglio il cambiamento umano duraturo.

Bibliografia:

Berne, E. (1972). *Ciao, e poi?* Milano: Bompiani. (Opera originale What Do You Say After You Say Hello?)

Bastianelli, L., Tosi, M. T., Giacometto, R., Messana, C., & Ceridono, D. (2019). Why Transactional Analysis Works: Reasons for a Possible Explanation of Change in Psychotherapy. *International Journal of Psychotherapy*, 23(3), 9–25.

Ceridono, D., & Viale, D. (2013). Ego States in the Therapeutic Relationship and Pre- to Post-Treatment Change in Self Ego States. *International Journal of Transactional Analysis Research*, 4(1), 49–58.

Ecker, B. (2007). Depth-Oriented Brief Therapy and Panic Attack Treatment. *Psychotherapy Networker*.

Ecker, B. (2018). Clinical translation of memory reconsolidation research: Therapeutic methodology for transformational change by erasing implicit emotional learnings driving symptom production. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 6(1), 1–92.

Ecker, B., Hulley, L., & Ticic, R., (2018). *Sbloccare il cervello emotivo: Eliminare i sintomi alla radice utilizzando il riconsolidamento della memoria*. Franco Angeli.

Ecker, B., & Hulley, L. (2019). *Coherence Therapy Practice Manual & Training Guide*. Oakland, CA: Coherence Psychology Institute.

Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. (2022). *Unlocking the Emotional Brain: Eliminating Symptoms at Their Roots Using Memory Reconsolidation*. New York, NY: Routledge.

Goulding, M. M., & Goulding, R. L. (1979). *Changing Lives Through Redecision Therapy*. New York, NY: Brunner/Mazel.

Menegazzi, F., & de Nitto, F. (2023). I processi di cambiamento delle memorie emotive alla luce della Coherence Therapy e dell'Emotion-Focused Therapy. *Psicologia Psicoterapia e Benessere*, Vol. 2 (1), 99–139.

Pedreira, M. E., Pérez-Cuesta, L. M., & Maldonado, H. (2004). Mismatch between what is expected and what actually occurs triggers memory reconsolidation or extinction. *Learning & Memory*, 11(5), 579–585.

Scilligo, P. (2009). *Analisi Transazionale Socio-Cognitiva*. Roma: LAS.

Tosi, M. T. (2016). Social-Cognitive Transactional Analysis: From Theory to Practice. In R. G. Erskine (Eds.), *Transactional Analysis in Contemporary Psychotherapy* (pp. 229–255). London: Karnac Books.