

Camila: quando l'ansia ti chiude in casa

Elena Cucchiari

Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Ancona

Riassunto

Il presente lavoro tratta il caso di Camila, ragazza di 17 anni con importanti problematiche di Fobia Sociale (APA, 2013) in comorbidità con un Disturbo Esplosivo Intermittente (APA, 2013), che hanno portato la paziente al completo ritiro dalla vita sociale.

La famiglia, povera di reti di supporto e collusiva con le sue dinamiche disfunzionali, ha rinforzato i suoi evitamenti e assecondato le sue credenze al limite del persecutorio, aggravando la sua situazione di isolamento. Il rifiuto scolastico, e la conseguente attivazione di un percorso di istruzione domiciliare, hanno contribuito al mantenimento delle credenze disfunzionali sulla propria inadeguatezza e sugli intenti malevoli degli altri nei suoi confronti.

Il lavoro terapeutico, iniziato in modalità domiciliare, ha avuto come focus la modulazione dell'ansia sociale, attraverso la messa in discussione del sistema di credenze persecutorie e di disvalore personale, con l'ausilio di strumenti di automonitoraggio, psicoeducazione e ristrutturazione cognitiva, a cui sono stati affiancati un training di abilità sociali e un lavoro di esposizione alle situazioni temute. Nella presentazione si porrà l'accento sulle difficoltà riscontrate nella relazione terapeutica e nella gestione dei rapporti con la scuola e la famiglia.

Parole chiave: Fobia sociale, Disturbo Esplosivo Intermittente, Ritiro sociale, Rifiuto scolastico, ER/p, Famiglia, Adolescenza

Camila: when anxiety locks you up

Abstract

The purpose of the present work is to present the case of Camila, a 17-year-old girl with relevant problems of Social Phobia (APA, 2013) with comorbid Intermittent Explosive Disorder (APA, 2013), which led the patient to complete withdrawal from social life. Her family is poor in support networks and collusive with her dysfunctional dynamics, reinforcing her avoidance and indulging her persecutory beliefs. This facts exacerbated her isolation. The rejection of school, and the consequent activation of a path of home education, contributed to the maintenance of dysfunctional beliefs about her inadequacy and the malevolent intentions of others towards her. The focus of the therapeutic work, which began in the home mode, was the modulation of social anxiety, challenging the system of persecutory beliefs and personal disvalue, using self-monitoring tools, psychoeducation and cognitive restructuring, in association with a social skills training and a gradual exposure to feared situations. The presentation will highlight the difficulties faced in the therapeutic relationship and in the management of relations with school staff and family.

Key words: Social phobia, Intermittent Explosive Disorder, Social withdrawal, School rejection, ER/P, Family, Adolescence

Presentazione del caso

Camila, 17 anni, giunge alla mia osservazione su invio del medico di base, preoccupato per le sue attuali condizioni di vita.

La ragazza ha infatti iniziato, da alcuni mesi, un graduale processo di ritiro sociale che, al momento del primo colloquio, la porta a non lasciare più la sua abitazione.

Il nucleo familiare, composto dalla madre, biologa di origine brasiliana, e dalla sorella di 13 anni, costituisce l'unico contatto umano che Camila ha da tempo.

Descrizione del problema

La madre di Camila cerca l'aiuto del medico di famiglia e di una psicologa a causa dell'aggravarsi della condizione di isolamento e ritiro sociale della figlia.

La preoccupazione maggiore, al momento del primo contatto, è rivolta al rifiuto di Camila di tornare a scuola.

La madre racconta come la ragazza abbia progressivamente abbandonato tutte le attività che svolgeva fino al maggio precedente, fino ad arrivare a passare tutto il giorno chiusa in casa.

Camila passa dunque le sue giornate dormendo, giocando con il cane oppure navigando nei social in camera sua. Le rare interazioni con la madre o la sorella si sostanziano in richieste perentorie che, se non esaudite, sfociano in manifestazioni d'ira violenta, con lancio o distruzione di oggetti.

In queste occasioni, la madre e la sorella lasciano la casa per qualche ora e, quando rientrano, trovano Camila calma, come se non fosse successo niente.

Durante la raccolta anamnestica, emerge che Camila ha sempre avuto problemi scolastici, sia sul piano relazionale che didattico. La ragazza ha infatti una certificazione per molteplici Disturbi dell'apprendimento (ADHD e dislessia), ottenuta soltanto in prima media. Nonostante le sue difficoltà, la paziente è sempre stata un'ottima studentessa, diligente e attenta al voto, con tendenza al perfezionismo. A detta della madre, proprio a causa delle sue problematiche di apprendimento, Camila sarebbe stata oggetto di discriminazioni da parte degli insegnanti, che avrebbero condotto a vari cambi di scuola tra le medie e le superiori.

Emerge in seguito, dai colloqui con la ragazza, che è stata la madre ad insistere per farle cambiare scuola durante le superiori, per scegliere "*qualcosa di più adatto alle sue capacità*".

La testimonianza di un'amica di famiglia di Camila mette in luce anche un atteggiamento apertamente conflittuale e polemico della madre della ragazza nei confronti dei professori.

L'ultimo cambio di scuola, dal Liceo Linguistico all'Istituto d'arte, si è dimostrato particolarmente difficile per lei, soprattutto perché la ragazza non aveva alcun desiderio di cambiare.

Sul piano relazionale pare che la paziente sia sempre stata timida e "*lunatica*", e che le sue manifestazioni repentine e inattese di rabbia o offesa abbiano influito negativamente sui rapporti con i coetanei.

Nei nostri primi incontri Camila si rifiuta di lasciare la sua camera e di interagire con me, minacciando ritorsioni se mi fossi avvicinata. La madre, inizialmente spaventata dalla mia richiesta di lasciarmi tentare, mi permette di avvicinarmi alla camera solo al secondo incontro, dietro mia insistenza.

Dopo i primi fallimentari tentativi di dialogo davanti alla porta chiusa, riesco a vedere Camila, che si mostra molto collaborativa e compiacente. Dichiaro serenamente di essere “*molto soddisfatta*” della sua attuale condizione e di non avere alcuna necessità di uscire di casa.

Appare molto immatura per la sua età, sia nell'abbigliamento che nelle modalità di approccio.

La somministrazione di CDI evidenzia la presenza di umore lievemente depresso (T=20). La CBCL conferma la presenza di un moderato nucleo ansioso, specialmente rivolto alla scuola e alla socialità (T=100°), di problematiche affettive (T=95°) e di comportamenti di tipo oppositivo-provocatorio (T=90°).

In base agli elementi raccolti si evidenzia una forte ansia sociale e scolare, che esita in un ritiro sociale, giunto ormai all'auto-reclusione. La condizione di isolamento è accompagnata da marcata sospettosità e ideazione persecutoria verso l'esterno. C'è una lieve flessione dell'umore con abulia e labilità. Le preoccupazioni sono principalmente orientate al giudizio degli altri rispetto alla prestazione e all'aspetto fisico. Teme di essere umiliata e derisa, criticata per la sua inadeguatezza. Vede gli altri come persecutori e cattivi nei suoi confronti senza motivo. La paura e l'angoscia che accompagnano tali preoccupazioni si fanno sempre più intense con l'avvicinarsi di una qualsiasi situazione d'interazione sociale, specialmente con coetanei e la strategia di coping utilizzata è l'evitamento, seguito da violenti scoppi di rabbia con lancio di oggetti, distruzione di oggetti della madre e urla.

La sintomatologia riportata sembra coerente con un quadro di Fobia sociale (Dsm V, APA 2013), con spunti persecutori, in comorbilità con una lieve sintomatologia depressiva, caratterizzata principalmente da sintomi comportamentali quali anedonia, abulia e somatici come stanchezza e mal di testa.

Sono inoltre presenti pattern di umore collerico, con conseguenti comportamenti aggressivi, punitivi e provocatori, coerenti con la comorbilità con un Disturbo Esplosivo Intermittente (Dsm V, APA 2013).

Profilo interno del disturbo

Camila mostra fin da subito forte sospettosità nei confronti delle persone non familiari.

A	B	C
---	---	---

Scopro su Facebook che la psicologa che viene a casa è amica di un ragazzo che conosco di vista	Ecco adesso sicuro questa andrà a dire tutto quello che le racconterò, tutti sapranno i miei problemi e mi prenderanno in giro e se uscirò di casa mi guarderanno male	Ansia Mi chiudo in camera quando viene. Minaccio di rompere tutti i passaporti della famiglia se entra
---	--	--

Vede gli altri come “cattivi senza motivo”, giudicanti e “maligni”, e se stessa come la vittima che verrà perseguita nonostante la sua “gentilezza incondizionata”. Interpreta le situazioni in ottica persecutoria e di minaccia. (*“I mie compagni a scuola nuova mi hanno sempre trattato da schifo, mi dicevano che io non volevo condividere ma io prestavo tutto a tutti, ero gentile con tutti”*)

(*“La coordinatrice di classe mi odia, è sempre stata sgarbata nei miei confronti, quando mi attaccavano lei diceva che avevano ragione”*).

A	B	C
I compagni pubblicano nel gruppo di classe le foto della cena di classe di Natale	Le hanno pubblicate apposta per farmi vedere che loro l'hanno fatto e io non ho potuto...volevano farmi dispiacere.	Rabbia Tristezza Rompo la porta a calci

Scopi /antiscopei attivi:

-Non essere giudicata inadeguata

-Essere accettata

Credenze su di sé:	Credenze sugli altri:
<ul style="list-style-type: none"> • Non sono adatta alle situazioni sociali • Non vengo compresa perché sono diversa • Sono strana • Non sono forte 	<ul style="list-style-type: none"> • Mi tratteranno male • Mi giudicheranno • Non faranno mai niente per me

Tabella 1. Sistema di credenze

Fattori e processi di mantenimento

Personalizzazioni: Mantengono la credenza vittimistica che tutte le persone ce l'abbiano con lei e la

giudichino male senza motivo.

Incapacità di leggere la mente dell'altro: Attribuisce all'altro intenzioni malevole, senza prendere in considerazione ipotesi alternative che non riguardino direttamente la sua persona.

Ritiro sociale: Il rifiuto scolastico e della condivisione sociale non permette a Camila di mettere in discussione il suo vissuto di inadeguatezza e incomprensione, amplificando invece il vissuto persecutorio.

Attenzione e memoria selettiva: Il continuo focus su eventi attuali e passati legati a vissuti di giudizio ed esclusione la porta ad un aumento dei livelli d'ansia e rabbia.

Istruzione domiciliare: Il programma attuato dalla scuola mantiene il ritiro sociale, limitando la motivazione ad impegnarsi per rientrare.

Rapporti familiari: Il nucleo familiare sembra colludere con i suoi evitamenti e le sue credenze disfunzionali della mente dell'altro. In particolare la madre, con evidenti tratti paranoici, mostra atteggiamenti ambivalenti nei confronti di Camila. Da un lato si fa portavoce delle sue battaglie, rivolgendosi in modo polemico e minaccioso alla scuola, sostituendosi alla figlia nelle dispute con le coetanee e asseconda gli evitamenti esperienziali di Camila da sempre. Dall'altro abbandona spesso la figlia a se stessa nei momenti di maggior difficoltà o delega ad altri la responsabilità di sostenerla (non c'è mai quando vengono a casa i professori pur sapendo che per Camila è un evento stressante).

Esordio e scempenso

Camila viene descritta come una persona da sempre problematica sul piano relazionale. Ha sempre mostrato forte timidezza e diffidenza e non ha mai avuto molte amicizie.

La situazione sarebbe precipitata durante il passato anno scolastico, con l'ingresso all'Istituto d'Arte. In classe la ragazza non si è mai del tutto integrata, e pare sia stata presa di mira da alcune sue compagne.

L'evento precipitante è avvenuto quando, in un gruppo Whatsapp, queste ragazze la aggrediscono perché non ha lasciato copiare una di loro ad una verifica. Nella conversazione (che la madre ha stampato e tiene in un fascicolo assieme alla corrispondenza con la scuola in merito), le compagne la apostrofano pesantemente e poi la minacciano di picchiarla se lo riferirà a qualcuno.

Dopo quello scambio di messaggi, Camila torna a scuola per qualche giorno ma poi, complice un'influenza, resta a casa per alcuni giorni.

La settimana dopo, nonostante gli accordi con la mamma, Camila decide di non rientrare a scuola e si chiude in casa.

Vulnerabilità

Attaccamento: Disorganizzato (SAT), con strategie controllanti punitive e accudenti (porta Camila a manifestare, a volte, comportamenti punitivi e aggressivi sia con la madre che con la sorella quando sente

il bisogno di vicinanza non soddisfatto e in altre situazioni a prendersi cura delle figure di riferimento adulte con grande compiacenza)

Storica:

Camila è orfana di padre dall'età di 2 anni e mezzo. Al momento della morte del marito, la madre della ragazza ha cercato di *“tirare avanti da sola”*, ma con molte difficoltà, avendo due figlie piccolissime, di cui una neonata.

Pare che la Sig.ra abbia attraversato un periodo di depressione a seguito del lutto e che la cura delle bambine sia stata delegata alla nonna materna, venuta appositamente dal Brasile per sostenere la figlia.

La nonna sembra essere stata la figura di riferimento per Camila *“cucinava per noi, ci lavava i vestiti, ci aiutava con i compiti”*, mentre la madre passava la maggior parte del giorno a lavorare per mantenere la famiglia.

Quando la ragazza aveva 10 anni, la nonna è stata colta da una patologia neurodegenerativa e Camila si è occupata di lei tutti i giorni fino alla sua morte all'inizio dell'anno scorso.

Il contesto sociale povero in cui è cresciuta Camila sembra averla privata di una rete di sostegno familiare/sociale a cui far riferimento e sembra aver favorito il suo isolamento.

Le problematiche economiche in cui ha sempre versato la famiglia hanno contribuito a strutturare in lei un senso di inferiorità rispetto ai coetanei *“meglio vestiti”*, *“con telefoni più belli, scarpe più costose”*.

Dal punto di vista scolastico, i numerosi cambi di scuola e di ambiente, la tardiva diagnosi di DSA e le difficoltà incontrate da Camila hanno posto le basi della sua ansia legata alla prestazione scolastica.

Attuale:

Camila mostra un'idea di sé caratterizzata da scarsa autostima, sentimenti d'inferiorità e indegnità che minano i suoi rapporti sociali, portandola a continui paragoni da cui lei esce *“perdente”*.

La figura della madre preoccupata e impotente non sembra fornire sicurezza e protezione, quanto amplificare la sua ansia e colludere con i suoi vissuti vittimistici e persecutori.

Inoltre la donna non riesce a mettere limiti chiari alla ragazza, delegando ad altre figure, quali le insegnati che aiutano Camila nello studio o vicini di casa, la gestione di esplosioni di rabbia e le risposte dirompenti sul piano comportamentale.

Il confronto con la sorella minore, molto brava a scuola, più carina, brillante e socialmente adeguata, rinforza il senso di inadeguatezza di Camila.

Trattamento psicoterapeutico

OBIETTIVI DI CONTRATTO	OBIETTIVI STRATEGICI
1. Migliorare la gestione dell'ansia	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscere meglio l'ansia e le sue manifestazioni

	<p>cognitive, fisiche e comportamentali.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementare strategie più funzionali di gestione dell'ansia • Affrontare gli evitamenti
2. Migliorare le abilità sociali	<ul style="list-style-type: none"> • Favorire processi di problem solving sociale • Favorire la comprensione della mente dell'altro e l'esplorazione di ipotesi alternative • Implementare l'assertività
3. Modificare la percezione di inadeguatezza	<ul style="list-style-type: none"> • Mettere in discussione le credenze disfunzionali su di sé • Favorire modalità diverse di attribuzione di valore personale
4. Abbandonare le sedute domiciliari per venire in studio (obiettivo fissato successivamente)	<ul style="list-style-type: none"> • Esplorare pensieri ed emozioni legate all'ingresso nel centro medico • Trovare strategie condivise di gestione delle emozioni negative individuate • Progressivo avvicinamento allo studio

Tabella 2. Obiettivi della terapia.

Razionale e strategie

Inizialmente ho proposto una psicoeducazione sull'ansia al fine di rendere consapevole la paziente dei meccanismi disfunzionali alla base del suo disagio.

Si utilizza anche un monitoraggio giornaliero fatto con gli ABC, per individuare e condividere con la paziente la relazione tra situazioni, pensieri ed emozioni/comportamenti ed evidenziare come l'ansia porti agli evitamenti.

Gli ABC sono stati utilizzati anche per individuare credenze disfunzionali da sottoporre a disputa.

Per fornire alla ragazza delle strategie di gestione differenti da quelle disfunzionali messe in atto, si è scelto di utilizzare tecniche di respirazione.

Per modificare le credenze disfunzionali su di sé e sul valore personale, sono state utilizzate varie tecniche di disputa e ristrutturazione ed è stato svolto un lavoro di promozione di nuovi scopi.

Il lavoro sugli evitamenti è stato svolto costruendo una gerarchia di situazioni e di stimoli ansiogeni a intensità crescente da affrontare con ER/P dapprima immaginativa e successivamente in vivo, al fine di portare nuovamente la ragazza fuori casa.

Parallelamente si è scelto di svolgere un potenziamento delle abilità sociali di Camila, implementando

alcuni strumenti di gestione dei conflitti, risoluzione dei problemi e di comunicazione assertiva.

Sono state inoltre utilizzate strategie di *problem solving* proattivo al fine di individuare modalità funzionali di gestione delle emozioni negative, modulando le esplosioni d'ira.

Descrizione della terapia

Gli incontri con la ragazza si sono tenuti, inizialmente, in forma domiciliare, per consentire lo svolgimento del percorso terapeutico.

Il setting domiciliare si è dimostrato da subito problematico dal punto di vista relazionale. Infatti, mentre da un lato costituiva l'unica opzione di presa in carico, dall'altro si è ben presto dimostrato un fattore di mantenimento dell'isolamento, nonché una collusione con la pretesa della ragazza di piegare il mondo al suo volere.

Difficoltà importanti sono state riscontrate anche nel rapporto con la scuola e il medico che, contro il mio parere, hanno attivato un percorso di educazione domiciliare, all'interno del quale la ragazza poteva decidere quando svolgere le verifiche e quando incontrare i professori, con conseguente inasprimento dei rapporti di questi ultimi con Camila.

In un primo momento è stato dunque necessario porre limiti chiari rispetto alle richieste da parte degli attori coinvolti e ai tentativi di triangolazione fatti da Camila e dalla madre nei miei confronti nella gestione dei rapporti con la scuola e fra di loro.

La prima parte del nostro percorso è stata dedicata alla costruzione di un rapporto di fiducia con Camila, scegliendo di rendere più espliciti possibili i miei intenti e le motivazioni di ogni mia richiesta, per evitare attribuzioni improprie.

Inizialmente ci siamo concentrate sulla ricostruzione delle situazioni che le causavano stati di maggior ansia e rabbia, attraverso gli ABC, individuando i trigger e stabilendo insieme dei "piani d'emergenza" per fronteggiarle.

Partendo da quanto riportato dalla paziente, abbiamo iniziato ad esplorare le credenze disfunzionali relative alla paura del giudizio e ai vissuti persecutori. Ci siamo poi concentrate sull'analisi di ipotesi alternative e sulla messa in discussione delle credenze emerse.

Durante questa fase della terapia la paziente ha iniziato a testare la mia fiducia in lei, proponendomi bugie sempre più eclatanti, culminate in un'accusa palesemente falsa nei confronti dei compagni di classe. La mia reazione, non pienamente aderente alla sua aspettativa, sembra aver provocato una rottura dell'alleanza, manifestata dalla ragazza dapprima con scuse per rimandare gli incontri, in seguito con il rifiuto di aprirmi il cancello e il successivo blocco delle nostre conversazioni nella messaggiera istantanea. A seguito dell'accaduto, la madre e la sorella divengono vittime di ritorsioni e scoppi d'ira violenti da parte della paziente, poiché si rifiutano, su mia esplicita richiesta, di fare da mediatrici nel contattarmi e comunicarmi i suoi desideri.

Su mia iniziativa inizia un contatto epistolare via mail, attraverso il quale abbiamo concordato un incontro allo scopo di ridefinire gli obiettivi del nostro trattamento.

La riparazione dell'alleanza avvenuta in quell'incontro ha prodotto come nuovo obiettivo a breve termine lo spostamento delle sedute nel mio studio e l'incremento del numero degli incontri a due a settimana.

In questo periodo abbiamo stabilito un programma di esposizioni, culminato con l'ingresso di Camila nel mio studio.

Da quel momento, l'autoreclusione della ragazza ha avuto un graduale miglioramento: Camila ha ripreso a frequentare luoghi pubblici, seppur limitando le interazioni sociali.

Durante l'estate il focus del nostro lavoro si sposta sull'alternanza scuola-lavoro, che la ragazza inizia a svolgere in un museo non senza difficoltà. Gli scambi sociali e la necessità di rispettare le regole del luogo di lavoro divengono oggetto dei nostri incontri, fornendo materiale utile al *problem solving* sociale e all'implementazione dell'assertività.

Il percorso culmina con il rientro a scuola di Camila, avvenuto a seguito di un intenso lavoro sui sentimenti d'inadeguatezza e sulla ristrutturazione di credenze disfunzionali in merito alla sua capacità di fronteggiare il giudizio dei compagni. Il rientro è stato graduale, da poche ore settimanali fino ad arrivare ad una frequenza completa.

Da allora gli incontri si sono diradati fino alla conclusione del percorso, avvenuta su richiesta della madre, contro il mio parere.

Alcuni mesi dopo l'interruzione e raggiunta la maggiore età, la stessa Camila mi ha contattato chiedendo di riprendere in forma ridotta, viste le scarse possibilità economiche, i nostri incontri, al fine di migliorare le abilità sociali. Il percorso è stato dunque ripreso e, ad oggi, vengono svolte sporadiche sedute di *follow-up*.

Valutazione di esito

Camila mostra grandi miglioramenti nella gestione e regolazione delle emozioni. Da mesi non sono più presenti manifestazioni colleriche violente ed ha imparato a tollerare la frustrazione legata alla presenza di limiti e regole.

Riesce a frequentare luoghi pubblici senza problemi e le abilità sociali risultano implementate.

La comprensione della mente dell'altro è notevolmente migliorata e la ragazza riesce a mettere in discussione le proprie credenze disfunzionali in merito al giudizio degli altri.

I livelli di autostima e autoefficacia sono aumentati, influenzando positivamente l'umore e l'attitudine con cui la paziente si pone nei confronti delle sfide di ogni giorno.

Permangono sentimenti vittimistici e uno scarso livello di socializzazione, tipici dell'ambiente familiare. Sul piano delle relazioni sociali, infatti, Camila ha riallacciato alcuni rapporti con amiche di scuola e del paese, ma le interazioni restano comunque scarse e infantili per una ragazza della sua età.

Il rapporto con la madre è meno conflittuale e si è modificato in direzione di una maggior definizione di confini, ma permane un moderato grado di interdipendenza, favorito anche dalle problematiche mai trattate della donna.

Bibliografia

- Achenbach, T.M. (1991) *Child Behavior Checklist/4-18*; Milano Ghedini Libraio.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Trad. it.(2014).Milano:Raffaello Cortina.
- Buonanno C, Capo R, Romano G, Di Giunta L, Isola L (2010). *Caratteristiche genitoriali e stili di parenting associate ai disturbi esternalizzanti in età evolutiva*. *Psichiatria e Psicoterapia* 29, 3, 176
- Cieri L(2008).*La fobia sociale*.In Perdighe C, Mancini F (eds). *Elementi di Psicoterapia cognitiva*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Isola L, Romano G, Mancini F (2016). *Psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Kovacs M. (1988) *Children's Depression Inventory*. Giunti Psychometrics.
- Lochman JE, Wells K, Lenhart LA (2012). *Coping Power. Programma per il controllo di rabbia e aggressività in bambini e adolescenti*. Trento: Edizioni Centro Studi Erikson
- Mancini F, Gragnani A (2005). *L'esposizione con prevenzione della risposta come pratica dell'accettazione*, *Cognitivismo Clinico* 2 (1),38-58.
- Mancini F, Perdighe C (2009). *La formulazione del caso:schema per la formulazione dei casi clinici e per la supervisione*. *Psicoterapeuti in-formazione*, numero speciale, <http://www.psicoterapeutiinformazione.it/numero-speciale-ottobre-2009.html>
- Procacci M, Popolo F, Marsigli N (2011). *Ansia e ritiro sociale*. Milano:Raffaello Cortina Editore.

Elena Cucchiari, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Ancona, e-mail: elena.cucchiari@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it