

Trattare i sintomi post-traumatici dei pazienti Covid-19 dimessi dalla terapia intensiva: un protocollo CBT

Marzia Albanese*

**Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma*

Voglio ringraziare per il contributo che hanno fornito alla realizzazione del presente lavoro, gli allievi Vita Buongiorno del 4° anno del corso di specializzazione in psicoterapia cognitiva gestito dall'Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva sede di Napoli e Saraceno Rosa Martina, Galante Antonella, Luca Ambrosio, Macri Viviana Maria del 4° anno del corso di specializzazione in psicoterapia cognitiva gestito dall'Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Reggio Calabria.

“Pensavo di essere a casa, appena assopito. Invece nel letto accanto al mio c'era un paziente che avevo curato io stesso per il Covid-19. Come ai bambini, ogni cosa appare nuova e straordinaria. Questo dramma ci insegna il valore di ogni piccola cosa.”

È Angelo a parlare, rianimatore di Bergamo contagiato dal Coronavirus durante le fasi iniziali della pandemia del Covid-19 e per questo ricoverato, improvvisamente, a soli 53 anni in terapia intensiva.

Ma la storia di Angelo è la storia di molti. È infatti anche quella di Michele, che davanti all'esito positivo del tampone pensa *“non ci posso credere, è uno scherzo! Io, 41 anni, fisico di ferro, nessuna patologia pregressa, potrei morire di Coronavirus”* e di Daniela, che davanti la piccola telecamera del suo telefonino afferma con aria stanca *“sono chiusa in isolamento da così tanti giorni che non li conto più. Non ho contatti con nessuno se non per pasti e controlli. Io, una donna di 43 anni che prima godeva di ottima salute, ora mi trovo a combattere con la morte.”*

Queste persone, sopravvissute al contagio del Coronavirus e alle sue conseguenze, in taluni casi estreme, danno voce alle 213.013 che hanno dovuto affrontare in Italia questo virus con il proprio

corpo. Tra questi, molti hanno dovuto farlo da un letto dell'unità di terapia intensiva dell'ospedale in cui ricoverati e isolati dal proprio mondo di affetti, in un clima di costante incertezza e paura.

Da sempre, i pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva (ICU) incontrano numerose difficoltà psicologiche nelle settimane e nei mesi successivi alla loro dimissione. In particolare, come emerso in una recente metanalisi sul tema si osserva, nel 24% dei casi si la presenza di sintomi del disturbo post-traumatico da stress (PTSD) tra uno e sei mesi dopo le dimissioni e nel 22% a sette mesi.

Questo dato sembra essere riconducibile alla presenza, nell'ambiente della terapia intensiva, di specifici fattori di rischio: esposizione a un ambiente con rumore costante, luce, frequenti controlli medici, interruzione frequente del sonno, alti livelli di farmaci sedanti, incapacità di comunicare e/o muoversi e timore di poter morire. Inoltre, lo stato fisiologico inadeguato del paziente e l'ambiente ovattato e isolato della terapia intensiva influenzano notevolmente anche l'elaborazione della memoria, aumentando ulteriormente il rischio del soggetto di poter sviluppare un quadro clinico di PTSD.

Nell'attuale condizione di emergenza a causa della pandemia da Covid-19, i fattori di rischio appaiono in realtà aumentare; il personale sanitario è infatti chiamato a indossare dispositivi di protezione personale specifici (PPE) che contribuiscono a ostacolare la comunicazione (es. mascherine) e il riconoscimento degli operatori stessi, contribuendo, in alcuni casi, a farne assumere agli occhi del paziente un aspetto spaventoso.

Un altro fattore strettamente legato all'attuale emergenza è inoltre legato all'opportunità dei pazienti di ottenere conforto, rassicurazione e sostegno da parte dei propri cari. A causa dell'enorme facilità di contagio del Covid-19 infatti, le visite non sono ammesse all'interno dell'unità di terapia intensiva, privando inevitabilmente i pazienti del soddisfacimento di questo fondamentale bisogno umano e "costringendoli" a sopportare da soli questo enorme peso e a lottare per la propria sopravvivenza.

Il PTSD post ICU: criteri diagnostici e specificità cliniche

Alla luce di quanto appena esposto, si può dunque parlare di un vero e proprio Disturbo Post-traumatico da Stress conseguente al ricovero in Unità di Terapia Intensiva (PTSD post-ICU)? Sembrerebbe proprio di sì.

Per soddisfare infatti i criteri diagnostici del PTSD in linea con il Manuale diagnostico statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), l'individuo deve:

- A. Sperimentare o assistere a un evento che abbia implicato morte, minaccia di morte, gravi lesioni o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri individui.

L'evento traumatico nel caso del PTSD post ICU potrebbe dunque essere riconducibile a numerose esperienze in linea con quanto avanzato da questo criterio diagnostico:

- esperienze in cui il paziente credeva di dover morire e immaginava scenari catastrofici di un temuto evento futuro (es. immaginare il proprio funerale);
- momenti in cui ha appreso cattive notizie (come ad esempio rendersi conto di aver sviluppato COVID-19 e/o i problemi correlati);
- l'aver dovuto subire procedure mediche invasive e dolorose;
- conoscere, vedere e sentire gli altri pazienti morire.

B. Rivivere gli eventi sotto forma di ricordi intrusivi, flashback e/o incubi e rispondere con una forte reattività fisica ed emotiva ai trigger che ricordano l'evento traumatico.

Per quanto riguarda la specificità del trauma legato al ricovero in terapia intensiva l'ambiente stesso, per le ragioni già viste prima, può facilitare maggiormente la presenza di ricordi confusi, ovattati e in taluni casi deliranti, determinando un'emozione intensa (come paura, tristezza, disperazione) o una reazione fisica (dolore, mancanza di respiro, immobilità) senza richiamare contemporaneamente in memoria l'evento "primordiale".

I trigger, nel PTSD post-ICU, includono pertanto:

- rumori di segnali acustici;
- odore di disinfettante;
- ritmo della respirazione affannosa;
- colori degli abiti che possono richiamare quelli dei PPE;
- plastica trasparente di oggetti di uso quotidiano (es. buste o contenitori) che richiama quella utilizzata nelle visiere PPE del personale o di altri dispositivi paramedici;
- sensazioni fisiche specifiche (come dolore, difficoltà di respirazione, disagio durante la deglutizione o nausea) che richiamano le sensazioni avvertite durante il trauma.

C. Evitare persistentemente pensieri, emozioni e stimoli associati all'esperienza traumatica.

Anche tale criterio appare essere soddisfatto nei pazienti dimessi dalla terapia intensiva che appaiono, di conseguenza, evitare:

- appuntamenti medici;
- focalizzazione su parti specifiche del proprio corpo;
- attività che portano a sensazioni corporee simili a quelle esperite in terapia intensiva (come il respiro affannoso, sdraiarsi, ecc);

- programmi televisivi o film con temi medici.

D. Presentare alterazioni negative nelle cognizioni e nell'umore.

Per il PTSD che consegue alla terapia intensiva, le cognizioni sembrano riguardare principalmente:

- cambiamenti negativi e permanenti dell'immagine e percezione di sé, del proprio corpo o della propria vita in generale;
- credenze sulla vulnerabilità personale e sfiducia verso gli altri;
- emozioni intense di disperazione, tristezza, vergogna e rabbia.

Questi pazienti presentano inoltre, in linea con i criteri diagnostici del DSM-5 per il PTSD, sintomi persistenti di aumentato arousal come l'ipervigilanza a particolari stati interni (come sensazioni o sintomi che possono indicare possibile malattia) e disturbi del sonno, conseguenti all'inesco di ricordi che anche il semplice sdraiarsi a letto può riattivare.

Diversi studi hanno inoltre dimostrato come questi sintomi appena descritti possano svilupparsi o immediatamente dopo la terapia intensiva o avere invece, proprio come in qualsiasi quadro clinico post-traumatico, un'insorgenza ritardata. Generalmente infatti, i pazienti dimessi dalla terapia intensiva riferiscono di aver inizialmente focalizzato la loro attenzione e le loro "energie" sulla guarigione e il processo di recupero fisico e che, solo successivamente, tutt'un tratto, sono emerse improvvisamente problematiche e sintomi di natura psicologica.

Protocollo clinico per il trattamento

Una minoranza non irrilevante dei pazienti che hanno avuto accesso alla terapia intensiva a causa del Covid-19 appare a oggi presentare una sintomatologia post-traumatica riferibile a un quadro clinico di PTSD post-ICU.

Alla luce di questi dati e dell'attuale emergenza, un gruppo di studiosi dell'Università di Oxford e del King's College di Londra ha sviluppato un protocollo cognitivo comportamentale di trattamento mirato a offrire un intervento specifico ed evidence-based per affrontare i sintomi psicologici conseguenti.

Il modello proposto da questo gruppo di lavoro è il modello cognitivo del PTSD (CT-PTSD) di Ehlers e Clark (2000) strutturato in 12 sessioni settimanali di 90 minuti e così riadattato, fase per fase:

1. Una prima fase del trattamento è incentrata sulla *psicoeducazione e normalizzazione* dei vissuti del paziente che viene quindi aiutato a comprendere il PTSD e a normalizzarne i

sintomi. In particolare, nel caso specifico di PTSD post-ICU è utile fornire informazioni specifiche sui traumi legati ai ricoveri in terapia intensiva, come le seguenti:

- il PTSD è presente nel 20-30% dei pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva;
 - sviluppare forme di delirio in terapia intensiva è estremamente frequente (60-80% dei casi) a causa di una combinazione di fattori come i farmaci molto forti, la privazione di sonno e/o l'ipossia;
 - i ricordi delle esperienze vissute in terapia intensiva sono solitamente confusi, senza un chiaro senso temporale e possono per tale ragione tornare in varie forme non prevedibili come per mezzo di ricordi frammentati, sensazioni corporee o sentimenti improvvisi (panico e paura).
2. Il passo successivo prevede un aspetto peculiare del trattamento cognitivo comportamentale: la *formulazione del caso* secondo la specificità del paziente e la sua condivisione con lo stesso mediante la descrizione del suo funzionamento di base e dei principali meccanismi che mantengono il PTSD (eventi traumatici, trigger attuali, strategie cognitive o comportamentali disfunzionali conseguenti).
 3. La terza fase prevede di avviare il *recupero o ricostruzione della vita* del paziente grazie a un lavoro terapeutico centrato sui valori dell'individuo che ne ha osservato una brusca compromissione in seguito alla malattia subita e le sue conseguenze. E sebbene le conseguenze fisiche a lungo termine del Covid-19 non siano ancora note (ma sappiamo al momento includere affaticamento e problemi respiratori), lo sono tuttavia quelle sulla quotidianità del soggetto: impossibilità di lavorare, problemi finanziari e, di conseguenza, i complessivi cambiamenti nello stile di vita. Tutti ostacoli per il recupero del precedente livello di "funzionamento" e benessere del paziente, che, attraverso un approccio creativo e collaborativo con il proprio terapeuta, potrà focalizzarsi in questa fase del trattamento sull'identificazione di ciò che si può recuperare o di quello che invece, ormai perduto, può essere "sostituito" in maniera altrettanto soddisfacente.
 4. Il quarto step rappresenta forse il cuore della terapia. Si tratta infatti dell'avvio del *lavoro sui ricordi traumatici* che muove il primo passo attraverso la creazione di una narrazione scritta dell'esperienza. Poiché però il ricovero in terapia intensiva può essere prolungato e il paziente può essere stato cosciente solo per una parte di esso, rivivere o scrivere di questa esperienza lungo un continuum sarà quasi certamente complesso. I pazienti infatti, come già accennato in precedenza, perdono il senso del tempo in terapia intensiva; può essere dunque utile ricorrere all'utilizzo delle informazioni provenienti dalle cartelle cliniche o dei ricordi

di amici e familiari che, anche se non sono stati autorizzati a entrare in terapia intensiva, hanno ricevuto aggiornamenti costanti circa il monitoraggio delle condizioni mediche del paziente.

Tutto questo può notevolmente contribuire a fornire una panoramica del soggiorno e dei ricordi del soggetto, permettendone non soltanto la ricollocazione temporale lungo la propria storia di vita, ma anche l'identificazione dei punti "caldi" e salienti (hotspot) dell'esperienza traumatica su cui lavorare successivamente mediante tecniche di elaborazione immaginativa per accedere e modificarne i "significati" e le credenze associati.

A tale scopo, durante l'intera stesura effettuata insieme al terapeuta, quest'ultimo monitora attentamente le reazioni del paziente e le sue eventuali dissociazioni agendo, di conseguenza, con specifiche tecniche di grounding fisico, mentale o immaginativo per riportare il paziente nel presente permettendogli di distinguere l'attivazione attuale dalle ragioni passate attraverso un "innesco" e "aggiornamento" rispettivo costante.

Durante le sedute, il terapeuta legge infatti al paziente i suoi "inneschi" (individuati nel suo narrato) e gli chiede, dopo averli scritti e "provati" insieme, di fare i rispettivi "aggiornamenti" analogamente a quanto riportato nella tabella successiva, in cui vengono elencati quelli più frequentemente riscontrati dall'equipe con questa tipologia specifica di pazienti:

"innesco" (passato)	"aggiornamento" (presente)
"non riesco a respirare, sto soffocando!"	"È stato difficile per me respirare a causa della polmonite per il Covid-19. Per questo ero attaccato a un ventilatore che mi aiutava a respirare. Ma ora la malattia è passata e io posso respirare in autonomia e posso dimostrarcelo adesso, in questo momento, attraverso dei respiri lenti e profondi."
"non posso muovermi, sono in pericolo!"	"Non riesco a muovermi perché ero in un letto d'ospedale con un sacco di apparecchiature mediche collegate a me ed ero imbottita di farmaci sedanti. Anche se stavo molto male è stato quello di cui avevo"

	bisogno per salvarmi la vita. Ma adesso io posso muovermi e posso dimostrarmelo alzandomi e muovendomi liberamente all'interno di questa stanza.”
“Sono solo, non importa a nessuno!”	“C’era molto personale in terapia intensiva ma era molto occupato perché c’erano tante persone, come me, di cui prendersi cura. I visitatori non erano ammessi, per questo non vedevo nessuno. Ma molte persone si preoccupavano per me e posso ricordarmelo adesso, a me stesso, leggendo tutto ciò che di bello gli altri hanno fatto per me, i messaggi che ho avuto e le altre attenzioni.”
“Non riesco a parlare, nessuno mi ascolta!”	“Non riesco a parlare perché ero attaccata a un ventilatore. Ne avevo bisogno all'epoca per poter respirare. Anche se non riesco a comunicare con loro, gli operatori si prendevano cura di me. Ora però posso parlare e la gente mi ascolta. Posso dimostrarmelo dicendo questo ad alta voce e ascoltandolo.”
“Morirò, non rivedrò mai più la mia famiglia!”	“Non sono morto, sono vivo. Posso dimostrarmi questo guardandomi allo specchio e muovendomi. Vedo la mia famiglia tutti i giorni e posso ricordarmelo guardando una foto recente di noi insieme.”

5. La fase successiva di questo trattamento prevede, a questo punto, *l'identificazione dei trigger* che, una volta individuati, vengono intenzionalmente presentati al paziente per permetterne l'esposizione, durante la quale, il paziente è incoraggiato, attraverso il ricorso alla tecnica della discriminazione temporale, a concentrarsi intenzionalmente su ciò che è

diverso tra 'allora' (il trauma) e 'ora'. Successivamente, il paziente viene invitato a ripetere l'esposizione in autonomia a casa, come homework.

Per esporre i pazienti dimessi dalle terapie intensive a quelli che abbiamo visto essere i principali trigger attivanti, si può ricorrere all'uso dei seguenti strumenti:

- librerie audio di internet o Google Immagini per recuperare e riproporre rumori e immagini simili a quelli della terapia intensiva;
 - stimoli enterocettivi per ricreare le sensazioni corporee subite dai pazienti a causa del Covid-19 (ad es. le difficoltà respiratorie) che possono innescare attacchi di panico;
 - Google Street View per rivedere l'esterno dell'ospedale in cui il paziente è stato ricoverato.
6. Dopo aver affrontato le convinzioni del paziente legate al momento del trauma e aver apportato quelli che gli autori, come abbiamo visto, chiamano “aggiustamenti” e lavorato sui trigger mediante le esposizioni comportamentali, il lavoro terapeutico procede verso la *ristrutturazione delle credenze e dei significati conseguenti* all'evento traumatico.

Le più frequenti nel caso di un PTSD post ICU sono:

- *credenze sul cambiamento permanente*: i cambiamenti e le perdite determinate dalla malattia spesso portano i pazienti dimessi dalla terapia intensiva a sviluppare spesso convinzioni di irreparabilità come "la mia vita non sarà più la stessa", "io non sono e non sarò più me stesso" e/o “non sono più in grado di prendermi cura della mia famiglia”.

Le persone, dopo un evento traumatico, sono molto concentrate su ciò che è cambiato ed è quindi utile condurre la persona a prendere consapevolezza di ciò che invece può essere recuperato. Nel caso dei pazienti con pregresso Covid-19, l'esercizio fisico si è rivelato utile a favorire la discussione rispetto a quali aspetti della persona e della sua vita non sono stati persi e quali, se invece persi, possono comunque essere recuperati mediante l'esercizio e la riabilitazione. Questo può aiutare il paziente a mettere in luce come, pur essendosi verificati cambiamenti fisici superficiali, gli aspetti fondamentali della propria identità (carattere, personalità, amici, familiari, valori personali) sono invece rimasti immutati.

Un altro aspetto di fondamentale importanza nello stabilizzarsi di queste credenze disfunzionali sono inoltre le cicatrici che il paziente può aver riportato dopo le dimissioni. L'equipe di questo studio propone pertanto l'uso di tecniche

“espositive” che portano il paziente a “familiarizzare” con questo visibile cambiamento di sé stesso; ad esempio, si può ricorrere all’applicazione di una lozione sulle cicatrici stesse o al loro progressivo e graduale sfregamento o, ancora, al renderle progressivamente sempre più visibili. Grazie a queste esposizioni comportamentali si potrà infatti promuovere non solo un’accettazione radicale da parte del paziente, ma anche una ristrutturazione delle convinzioni relative a come gli altri vedono i suoi cambiamenti fisici, sperimentando come spesso le persone mostrino più curiosità rispetto alle cicatrici piuttosto che disgusto.

- *ansia per la salute*: questa tipologia di pazienti teme spesso (e comprensibilmente) di potersi ammalare nuovamente e sperimenta un forte senso di vulnerabilità che può, nei casi più gravi, generalizzarsi anche ai propri cari. Come per altri tipi di valutazione del rischio, si ricorre alla “scoperta guidata” e ai consigli di esperti (come l’equipe medica del paziente) per calcolare l’effettiva probabilità di ammalarsi di nuovo e gravemente.

Questa probabilità può essere leggermente superiore alla media per pazienti ricoverati in terapia intensiva, ma non è spesso così alta come loro temono.

- *colpa del sopravvissuto*: data l’elevata mortalità del Covid-19, i pazienti in terapia intensiva sono spesso consapevoli degli altri che muoiono in reparto e alcuni riferiscono apertamente di sentirsi in colpa per essere sopravvissuti quando gli altri invece no.

Alcuni pazienti credono inoltre di essere stati in qualche modo responsabili della morte degli altri pazienti, ad esempio togliendo loro delle risorse (attenzioni e aiuti medici, posto letto in ospedale, macchinari respiratori, ecc). Per altri, la colpa è invece legata alle credenze più generali sull’equità e che quindi, per esempio, la loro sopravvivenza ha rotto le regole non scritte di un mondo giusto, in cui le cose accadono per un motivo.

Per agire su tali convinzioni, del tipo “l’altra persona era più degna di me di vivere” è possibile cercare insieme al paziente spiegazioni alternative per la sua sopravvivenza, come ad esempio che “l’altra persona era solo più malata di me” e che “nessuno meritava di morire, me compreso” mediante, come nella fase precedente di esposizione agli eventi traumatici, il ricorso a “inneschi” e “aggiornamenti” degli stessi.

- *sfiducia e impossibilità a ricevere aiuto adeguato*: in alcuni casi, i pazienti sviluppano problemi più generalizzati di fiducia rispetto all'aiuto dei professionisti. Questo aspetto è importante in quanto può interferire sia con l'accesso alle cure mediche che si rivelano spesso cruciali per il loro recupero e sia perché possono influenzare la relazione terapeutica stessa.
Per questo motivo, chiedere al paziente di elencare tutti gli operatori sanitari che hanno incontrato (di solito molti) e identificare quali sono stati effettivamente inaffidabili o incompetenti (di solito la minoranza), può aiutare a disconfermare tale convinzione.

Nel corso dell'intero trattamento, ogni terapeuta dovrà tenere a mente alcuni importanti accorgimenti. Primo fra tutti che, in quanto operatore sanitario, il terapeuta stesso potrà essere trigger per questa tipologia di pazienti. Inoltre, le difficoltà nel riporre fiducia negli altri e le aspettative di essere delusi o ignorati, tipiche di questa tipologia di pazienti, possono influenzare notevolmente la relazione terapeutica. È dunque importante trattare e discutere tempestivamente insieme al paziente questi aspetti per prevenirne il drop-out e favorire lo sviluppo di un rapporto terapeutico che permetta alla persona di sentirsi al sicuro e rispettata all'interno di in uno spazio accogliente, collaborativo e solidale. Inoltre, coinvolgere i partner e la famiglia appare fondamentale per la riuscita del trattamento. Come ampiamente dimostrato in letteratura, il sostegno sociale durante e dopo un ricovero in terapia intensiva è un fattore protettivo per il PTSD. L'aiuto che queste figure forniscono nel corso del processo terapeutico è infatti notevole, poiché possono: colmare le lacune nella memoria del paziente, incoraggiarlo a recuperare le attività quotidiane, accompagnarlo e supportarlo negli esperimenti comportamentali. Tuttavia, consapevoli del fatto che il PTSD è comune anche nei familiari di questa tipologia di pazienti, il terapeuta dovrà, se necessario, inviare i membri della famiglia presso un collega per garantire loro un efficace supporto.

Obiettivo, come in ogni trattamento che agisce su eventi traumatici, rimane la cura di quel dolore che nasce dalla ferita di un tempo che si spezza, una vita che cambia; perché se è vero, come dice Lewis, che “il dolore che sento ora è la felicità che avevo prima” restituire l'accesso a questa felicità attraverso porte nuove è la chiave della ripresa. E sebbene, in fondo, “per porre fine al dolore non è sufficiente porre fine al punto dolente, perché vi è un dolore nell'aria che nessun vento disperde”, se sappiamo quale finestra aprire, quel vento può arrivare.

Per approfondimenti:

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Colville, G., Kerry, S., & Pierce, C. (2008). Children's factual and delusional memories of intensive care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177(9), 976-982.
- Deja, M., Denke, C., Weber-Carstens, S., Schröder, J., Pille, C. E., Hokema, F., ... & Kaisers, U. (2006). Social support during intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health-related quality of life in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. *Critical Care*, 10(5), R147.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345
- Jones, C., Skirrow, P., Griffiths, R. D., Humphris, G., Ingleby, S., Eddleston, J., ... & Gager, M. (2004). Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Medicine*, 30(3), 456-460.
- Murray, H. , Grey, N., Wild, J., Warnock-Parkes, E. Kerr, A., Clark, D.M., Ehlers, A. (2020). Cognitive Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder following Critical Illness and Intensive Care Unit Admission. *The Cognitive Behaviour Therapist*.
- Parker, A. M., Sricharoenchai, T., Raparla, S., Schneck, K. W., Bienvenu, O. J., & Needham, D. M. (2015). Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: A meta analysis. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1121-1129.
- Wade, D. M., Brewin, C. R., Howell, D. C., White, E., Mythen, M. G., & Weinman, J. A. (2015). Intrusive memories of hallucinations and delusions in traumatized intensive care patients: An interview study. *British Journal of Health Psychology*, 20(3), 613 631.

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