psicoterapeuti in-formazione

2024, NUMERO 34

Pietro: lo spettro dello spettro

Giulia De Luca[1]

[1]Psicologa, Psicoterapeuta, Pineto, Teramo

Riassunto

Il caso clinico presenta Pietro, diciotto anni, con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento e sintomi di Ansia Generalizzata (GAD), non consapevole della propria condizione al momento dell'inizio della terapia. Il problema clinico centrale riguarda la difficoltà nella gestione dell'ansia da prestazione, in particolare in ambito scolastico, con rimuginio, rigidità comportamentale e intolleranza all'incertezza. Gli stati ansiosi si manifestano con attivazione somatica intensa e forte preoccupazione; tende a modulare l'ansia attraverso schemi di pensieri e comportamenti ripetitivi e rigidi, condotte di controllo, richieste ripetute di rassicurazione, soprattutto alla madre, determinando un circolo vizioso disfunzionale e di mantenimento. La terapia ha inizialmente affrontato la mancata condivisione della diagnosi con il paziente, integrando la psicoeducazione del suo funzionamento con tecniche metacognitive, ACT e CBT. Il trattamento ha promosso una maggiore consapevolezza di sé, una regolazione più efficace degli stati emotivi e un miglioramento delle abilità sociali. Pietro ha completato il ciclo scolastico e prosegue il percorso terapeutico orientato allo sviluppo dell'autonomia e alla costruzione di un progetto di vita personale.

Parole chiave: Disturbo dello Spettro dell'Autismo, Disturbo d'Ansia Generalizzato, ACT, Abilità di Mindfulness, CBT

Pietro, The Ghost of The Spectrum

Summary

This clinical case presents Pietro, an eighteen-year-old diagnosed with High-Functioning Autism Spectrum Disorder and symptoms of Generalized Anxiety Disorder (GAD), who was unaware of his condition at the start of therapy. The core clinical issue involves difficulties in managing performance anxiety, particularly in the academic context, characterized by rumination, behavioral rigidity, and intolerance of uncertainty. Anxiety states manifest as intense somatic activation and excessive worry. Pietro tends to regulate his anxiety through rigid and repetitive thought and behavior patterns, control strategies, and repeated reassurance-seeking—especially from his mother—resulting in a dysfunctional

Giulia De Luca, Pietro: lo spettro dello spettro, *N. 34, 2024, pp. 136-146.*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

and self-reinforcing cycle. Therapy initially addressed the lack of awareness regarding the diagnosis by integrating psychoeducation about his functioning with metacognitive techniques, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and Cognitive Behavioral Therapy (CBT). The treatment fostered greater self-awareness, more effective emotional regulation, and improved social skills. Pietro successfully completed his school education and continues therapy with a focus on developing autonomy and building a personal life plan.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Generalized Anxiety Disorder, ACT, Mindfulness Skills, CBT

Introduzione

Pietro ha diciotto anni e frequenta l'ultimo anno di un istituto professionale, con sostegno didattico. Vive con la madre insegnante di 46 anni, padre operaio di 50 anni e la sorella studentessa di 14 anni.

Nel tempo libero va in palestra, guarda le partite della squadra locale di calcio, la F1, frequenta il coro della Chiesa e il dopo cresima; da quando è piccolo esce con i suoi due amici, coetanei ai quali è molto legato. Autonomo negli spostamenti.

Pietro viene seguito dall'età di 4 anni, presso un centro di riabilitazione, a seguito della diagnosi di "Spettro Autistico ad Alto Funzionamento". Pietro non è a conoscenza della diagnosi. Dal 2022 prosegue con me la terapia a cadenza settimanale. Non assume terapia farmacologica. Alimentazione varia e regolare, non vengono riferiti pensieri di morte e TS.

Esame Psichico al primo colloquio. Si presenta puntuale, accompagnato dai genitori; appare vigile ed orientato, curato nell'aspetto e nell'igiene personale. La prosodia non sempre adeguata, il tono della voce è alto, poco modulato, tende a muoversi sulla sedia e alterna lo sguardo tra l'interlocutore e la stanza, come a perlustrarla; presenta ipercinesia e stereotipie motorie, come sfregare le mani. L'eloquio è fluido, risponde in modo congruo e diretto alle domande, le pone lui stesso, non sempre pertinenti all'argomento, tendendo a portare la conversazione agli argomenti di suo interesse. Non è consapevole della diagnosi, sa di essere seguito "*perché da piccolo mi comportavo male, mi piaceva fare un po' di dispetti, correvo sempre, poi sono cresciuto e adesso vengo qui perché mi fa stare bene. Durante il Covid mi sono fissato con la scuola e con i voti, non riuscivo più a dormire la notte, ora va meglio a scuola ma sono sempre preoccupato che possa fissarmi di nuovo".*

Descrizione dei problemi presentati

Pietro frequenta un Centro di Riabilitazione dall'età di 4 anni in seguito alla Diagnosi di

"Disarmonia dello Sviluppo con caratteristiche di Disturbo Generalizzato dello Sviluppo", poi aggiornata in "Disturbo Generalizzato dello Sviluppo NAS" ed infine "Disturbo dello Spettro Autistico ad alto funzionamento".

Quando arriva da me ha già iniziato un lavoro sull'ansia e sulle modalità di gestione della stessa, ma ha il timore e l'immagine catastrofica di poter tornare al periodo del COVID "*ero bloccato, non dormivo più, non facevo più nulla, ero sempre a studiare ma non riuscivo ad imparare, a concentrami, se provavo a ripetere non ricordavo nulla. Non andavo in palestra o uscivo per studiare di più ma non riuscivo*".

Pietro riferisce forte ansia e preoccupazione, sul petto, sulla pancia, con aumento del battito cardiaco e sensazione di non riuscire a respirare, quasi tutti i giorni, con un aumento di intensità prima di un eventuale compito o interrogazione legata al possibile calo nel rendimento scolastico, di non saper rispondere e di tornare a sperimentare e sentirsi come nel periodo del COVID, con la preoccupazione di "*non riuscire questa volta a superarlo*".

In questi momenti tende a rimuginare per la maggior parte del giorno su queste preoccupazioni, specialmente la sera prima di andare a dormire, chiedendo continuo supporto e rassicurazione, in primis alla madre: programma lo studio e le attività con lei e questo da un lato lo rassicura e sente l'ansia diminuire, ma al contempo gli conferma l'idea di essere "incapace"; riferisce di non dormire bene in queste circostanze, di non riuscire a concentrarsi nelle attività quotidiane: questo gli conferma il non riuscire a fare le cose, che "*andrà male*" ed aumenta l'immagine catastrofica di non farcela.

In tali situazioni tende a modulare l'ansia attraverso schemi di pensieri e comportamenti ripetitivi e rigidi, insistendo con routine poco variabili nel tipo di esperienze e negli orari, ad esempio sospende le attività ricreative come la palestra e le uscite con gli amici per poter avere più tempo per studiare; sono inoltre presenti condotte di controllo come programmare in modo dettagliato lo studio.

Questo rende però l'intolleranza per l'incertezza sempre più intensa, andando così a determinare un circolo vizioso che si manifesta con l'ansia; si evidenza in questi episodi anche un aumento dell'ipercinesia e dello stimming come dondolare leggermente il corpo avanti e dietro o sfregarsi le mani causandosi ferite e a volte sanguinamento. Sperimenta, specialmente in ambito scolastico vergogna legata alla possibilità che qualcuno lo richiami o gli dica di stare attento, con la preoccupazione che gli altri si accorgano e lo giudichino "*strano*".

Ipotesi diagnostica: GAD in Disturbo dello Spettro Autistico ad alto funzionamento.

Profilo interno del disturbo

Dalla ricostruzione degli stati interni emerge come l'ansia sia la condizione maggiormente sperimentata, nelle situazioni di performance, specialmente quelle scolastiche.

In questi momenti tende a valutare questa emozione come "esagerata" e le sue modalità di gestione come "inadeguate", sperimentando così maggiore ansia e alimentando il circolo vizioso di mantenimento di rassicurazioni e richiesta di supporto che non lo aiutano a disconfermare l'immagine catastrofica e validano sempre più la credenza di essere "*incapace*". Inoltre si rende conto, in alcuni momenti di mettere in atto comportamenti non sempre congrui/bizzarri che gli fanno sperimentare emozioni di ansia e vergogna, percependo gli altri come giudicanti e quindi lui "*non adeguato/strano*". Pietro non sa perché non riesce a calmarsi e/o concentrarsi, perché si diverte ad annusare oggetti o stuzzicare alcuni compagni, questo gli conferma l'immagine di sé di essere "strano".

ABC esemplificativi:

A	B	C
La prof di italiano ci ha detto che domani faremo un compito e dovrò studiare 1 capitolo	Come faccio domani? Un conto è se ho 3-4 giorni per organizzarmi ma è per domani, come faccio? Prenderò 2	Ansia (10) Nodo alla pancia, aumento battito cardiaco Comportamento: avrei voluto subito andare via e studiare; ho controllato quante cose erano, rimuginio → Rimugina su ciò che dovrà studiare, l'immagine catastrofica si fa sempre più viva, aumenta l'ansia, chiede più supporto e rassicurazioni alla madre e si critica di non saperla gestire
	Non ho tempo di organizzarmi, doveva avvisarci prima	Rabbia (5) Tendenza azione: Avrei voluto prenderla a parole Comportamento: non faccio nulla

A	B	C
La prof di	Cavolo! Mi sono distratto e	Vergogna

alimentazione mi dice di concentrarmi	gli altri se ne accorgono	Tendenza azione: vorrei che gli altri non mi vedessero Gestione vergogna: cerco di concentrarmi per evitare che gli altri mi guardino/giudichino
A2	B2	C2
Non riesco a concentrarmi e non riesco a stare attento per niente	Non posso far vedere agli altri che mi agito così tanto o mi diranno che sono strano; devo contenermi, non va bene così	Ansia/vergogna ++

Credenze su di sé: incapace, non adeguato, strano

Credenze sugli altri: giudicanti, fonte di aiuto

Credenze sul mondo: imprevedibile

Fattori e processi di mantenimento

- Rimuginio: il pensiero ripetitivo amplifica lo scenario temuto, mantenendo e aumentando nel tempo l'ansia e la "*sensazione di non farcela*", creando un circolo vizioso di autoinvalidazione e sensazioni negative che non lo aiutano a trovare strategie funzionali di gestione del problema;
- Tende ad evitare situazioni sociali o impegni che potrebbero togliere tempo allo studio, ma non riuscendo comunque a concentrarsi/studiare, l'evitamento rinforza le credenze patogene, che non permettono esperienze correttive;
- Doverizzazioni e standard elevati: emerge la tendenza a basare comportamento ed esiti su "come dovrebbe essere" piuttosto che su "cosa gli piacerebbe";
- Affect as information /ragionamento emozionale: "se ho l'ansia allora vuol dire che mi bloccherò";
- Bias dell'attenzione selettiva: pone attenzione a tutte le sensazioni somatiche legate all'ansia e alla vergogna, sovrastima così l'entità delle stesse e questo gli impedisce di gestire in modo funzionale la situazione temuta;
- Bias della conferma: tende a valutare tutte le situazioni in cui non riesce a "*concentrarsi o ottenere il voto che vorrebb*e" come conferma di "*essere incapace*";
- Catastrofizzazione: la previsione di scenari catastrofici aumentano l'ansia e non permettono di considerare ipotesi alternative più realistiche;

- Metacognizione: si riscontrano difficoltà di differenziazione tra stati interni e realtà esterna, con la difficoltà a considerare anche ipoteticamente come opinabile la propria rappresentazione; il deficit riguarda spesso rappresentazioni legate all'atteggiamento mentale dell'altro, coinvolgendo la capacità di comprensione della mente altrui (riesce a cogliere alcuni aspetti degli stati mentali degli altri ma non riesce a dare loro un senso es: "*capisco che è papà è arrabbiato ma perché mi dice così?"*);
- La famiglia, specialmente il padre, tende ad invalidargli gli stati emotivi, giudicandolo in alcune situazioni come "*esagerato*", confermandogli così la credenza di "*non essere adeguato*";
- La famiglia e il contesto sociale non condividono con P. la diagnosi, nascondono tutto ciò che è legato alla stessa: Pietro crea così un'immagine di sé che non rispecchia, da significato e normalizza il suo funzionamento.
- Richiesta di rassicurazioni: questo meccanismo mantiene il circolo vizioso dell'ansia e tende a rinforzare le credenze disfunzionali, inoltre l'atteggiamento di accondiscendenza della madre, sostiene e rinforza la richiesta di aiuto e rassicurazione.

Scompenso

È possibile collocare lo scompenso al periodo del COVID, nel quale Pietro ha iniziato a sperimentare timore e ansia legate alla possibilità di ammalarsi e poter avere conseguenze organiche. Nello stesso periodo è iniziata la DAD ed è venuto meno l'aiuto dell'insegnate di sostegno: inizia in questo periodo ad aumentare il rimuginio. La sperimentazione di questa emozione è di difficile comprensione per Pietro, pur affrontando e provando ad imparare con la terapia strategie per la gestione dell'ansia e del rimuginio, Pietro continua ad avere la preoccupazione di tornare a questo periodo *"non facevo più nulla, ero sempre a studiare ma non riuscivo ad imparare, se provavo a ripetere non ricordavo nulla. Non andavo in palestra o uscivo per studiare di più ma non riuscivo".*

Vulnerabilità

Pietro non è consapevole del suo funzionamento, non essendo mai stata condivisa con lui la diagnosi; la famiglia ha sempre utilizzato l'iperattività o le difficoltà di regolazione delle emozioni e socio-relazionali per motivargli i trattamenti e le visite; anche la sorella non è a conoscenza della diagnosi del fratello. La non condivisione non gli ha permesso di conoscere, comprendere e normalizzare aspetti del suo funzionamento e ha fatto si che costruisse credenze disfunzionali su di

sé quali *"strano, incapace e non adeguato"*.
La risposta della madre alle contingenze di Pietro nei momenti di ansia, non ha favorito l'individuazione di strategie più autonome e funzionali per regolare gli stati emotivi sperimentati, confermando e mantenendo il ciclo disfunzionale.
Pietro riferisce di non sentirsi sempre compreso e validato dal padre *"perché mi dice così? Non lo capisco"*, il quale davanti a preoccupazioni del figlio sulla scuola tende a rispondere con frasi quali *"Se fai così non riesci a continuare scuola, non va bene. Quando lavorerai cosa farai?"*.

Trattamento Psicoterapeutico

La prima fase del lavoro è orientata alla condivisione della diagnosi e alla restituzione del funzionamento, includendo i genitori e il contesto sociale di riferimento. Si lavorerà poi per ridurre l'ansia e la vergogna, fornire, migliorare e favorire strategie più funzionali di gestione e di regolazione delle emozioni e delle contingenze, aumentare le social skills e la flessibilità.

La fase conclusiva della terapia prevede la prevenzione delle ricadute: ci concentreremo sulla vulnerabilità storica, imparando a riconoscere, legittimare, curare e proteggere i propri bisogni, incoraggiando un piano di vita autonomo e personale (es: esame per la patente, inserimento lavorativo).

Razionale, strategie e tecniche

OBIETTIVI	RAZIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
Condivisione diagnosi e restituzione del funzionamento	Rendere Pietro consapevole della diagnosi e del suo funzionamento; lavorare sull'accettazione	- Condivisione diagnosi e modello di funzionamento - Psicoeducazione - Interventi di normalizzazione - Metafore ACT
Favorire/potenziare le capacità metacognitive	Favorire un atteggiamento metacognitivo, implementare il funzionamento metacognitivo	- Psicoeducazione - ABC
Ridurre ansia e vergogna, fornire strategie di gestione e regolazione delle emozioni, ristrutturazione cognitiva e gestione contingenze	Conoscere, riconoscere l'ansia e la vergogna, identificarne i trigger, formulare pensieri alternativi funzionali, favorire processi di abituazione a tali vissuti, intervenire sui comportamenti protettivi, ridurre il rimuginio; decatastrofizzare lo scenario temuto e le sue conseguenze.	- ABC - Laddering - Psicoeducazione - Accettazione esperenziale - Disputing - Abilità di Mindfulness

Alternative allo stimming	Incrementare modalità maggiormente funzionali di regolazione emotiva	- Abilità di Mindfulness
Aumentare le social skills	Relazione come modello per le abilità sociali, favorire competenze sociali	- Skills Training - Role Playing - Homework
Aumentare la flessibilità	Favorire un processo di abituazione ai cambiamenti, anche di ordine quotidiano	- Abilità di Mindfulness - ACT
Prevenzione ricadute	Lavoro sulla vulnerabilità storica, riconoscimento e legittimazione dei bisogni, promozione del benessere e individuazione valori per la costruzione di un piano di vita autonomo	- Ricostruzione storia di vita - ABC - Esercizi ACT

Descrizione della terapia

La terapia è ancora in corso e prosegue attualmente a cadenza quindicinale. Il primo obiettivo della terapia è stata la condivisione della diagnosi, in collaborazione con la famiglia e il contesto sociale di riferimento. Si decide di fare un incontro con i genitori, per conoscere i motivi che hanno portato alla decisione di non condividere la diagnosi, comprendere l'importanza di renderlo consapevole, discutere delle modalità, tempi e fasi per raggiungere tale obiettivo, prevedere e gestire le possibili conseguenze. I genitori mi confidano di essere inizialmente molto preoccupati delle possibili ripercussioni nel rendere Pietro consapevole: avevano il timore di poter "*rovinare il rapporto con lui",* ma nello stesso tempo iniziavano a capire l'importanza di farlo, condividendo anche le difficoltà nel tenere nascosto tutto ciò che era collegato con lo Spettro, dalle valutazioni, ai documenti, esenzioni ecc. e le preoccupazioni per il suo futuro quali: *"Prenderà la patente? Sarà autonomo? Quando noi non ci saremo con chi starà? Si, ha degli amici ma sono pochi".*

Prima di condividere e leggere con Pietro la diagnosi abbiamo descritto e trascritto insieme le proprie caratteristiche, interne ed esterne, punti di forza e debolezza, interessi, attività quotidiane, hobby e relazioni; si è passato poi alla fase di psicoeducazione e normalizzazione nella quale sono stati spiegati anche il funzionamento del cervello, le percezioni, le relazioni e la comunicazione, arrivando poi a dare una definizione di autismo e di cosa significa per Pietro, focalizzandoci sul collegare ed attribuire le difficoltà che lui identifica, alle caratteristiche dell'autismo e quindi al funzionamento. Per favorire l'accettazione e l'individuazione dei propri valori intesi come la direzione, il modo, in cui scegliamo e trattiamo come importanti cose, persone, modi di essere si è

proposto "L'Esercizio della festa di compleanno a 50 anni". Il raggiungimento di questo obiettivo ha permesso a Pietro di normalizzare, dare un senso, un significato al suo funzionamento, di modificare l'immagine di sé, prendere consapevolezza dei suoi comportamenti, integrare le percezioni di sé e degli altri e di lavorare sulle relazioni familiari e sociali. Successivamente la madre mi riferisce di essersi *"ricreduta, sollevata*", ringraziandomi di aver condiviso con tutto il nucleo questo obiettivo *"Non pensavamo che l'avremmo mai fatto, poterne parlare apertamente in famiglia è bellissimo. Pietro mi chiede chiarimenti e mia figlia ha finalmente potuto capire perché suo fratello si comporta in questo modo e adesso anche tra loro le cose vanno meglio".* Si continua poi con un lavoro volto a favorire e potenziare le capacità metacognitive, attraverso la Psicoeducazione e gli ABC per stimolare il funzionamento metacognitivo, in particolare le abilità di monitoraggio, differenziazione ed integrazione. Attraverso la spiegazione delle manifestazioni, degli ingredienti cognitivi e delle funzioni delle emozioni si chiedeva a Pietro di riconoscere le stesse, per poi concentrarci sull'individuare strategie di gestione più funzionali, insegnando esercizi di Mindfulness come abilità di tolleranza, imparando a focalizzare l'attenzione in un distretto corporeo alla volta, o su una determinata attività fisiologica (es: respiro), così da assumere maggiore consapevolezza del proprio corpo e delle sensazioni connesse, verbalizzando a voce alta i pensieri, insegnandogli a spostare l'attenzione da una situazione o da un pensiero attivante verso una parte del corpo percepita come neutra; questo ha permesso a Pietro di imparare a fermarsi, focalizzare la mente sul corpo e di conseguenza calmarsi, distrarsi, sentendosi più efficace nella gestione delle emozioni.

Per rendere consapevole Pietro che non accettare o evitare le sue emozioni è impossibile e svantaggioso ed aiutarlo a tollerare di stare nell'esperienza emotiva di sofferenza ed accettare la normalità del disagio sono state utilizzate le Metafore ACT come "Le sabbie mobili" e "L' ospite Indesiderato" e l'esercizio esperienziale della "Trappola Cinese", così da imparare ad accogliere in modo attivo e consapevole le proprie esperienze, rinunciando a cambiarle, ridurne la frequenza o contrastarle, aumentando così anche la flessibilità cognitiva: è stato utile far capire a Pietro come la tendenza a mantenere le cose così come programmate e l'adesione a routine rigide, determina una maggiore sofferenza ed intolleranza verso l'imprevisto più che una soluzione.

In parallelo ci si focalizzava sulla Ristrutturazione Cognitiva attraverso il Dialogo socratico, Laddering e Disputing per prendere consapevolezza dei suoi pensieri e delle credenze disfunzionali, osservandole in modo critico per ridurre il rimuginio e consentirgli di individuare e formulare pensieri alternativi.

È stato poi importante lavorare sulle Abilità Sociali utilizzando la relazione terapeutica come

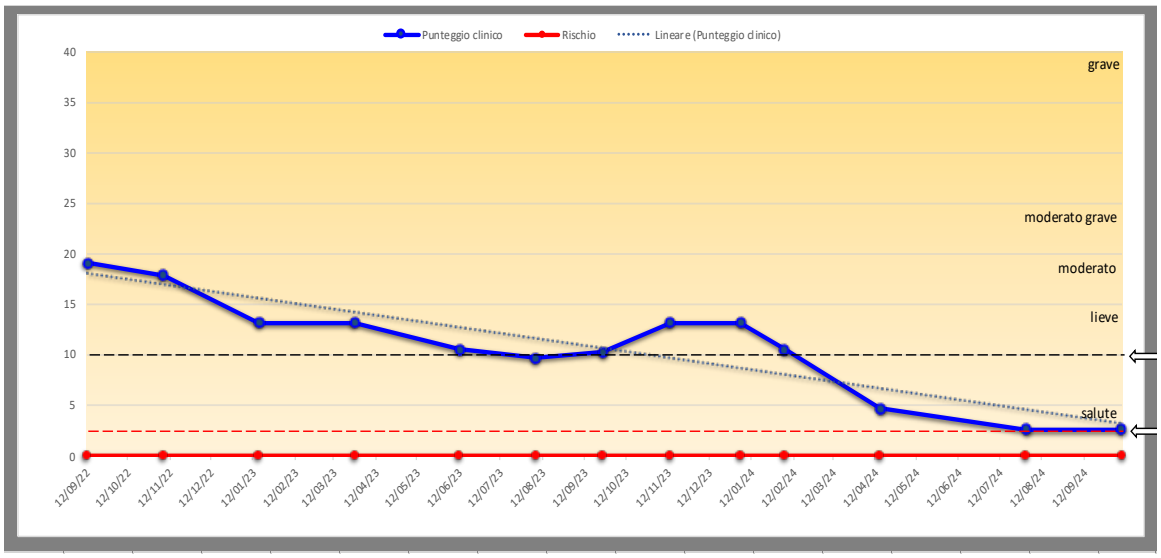
modello e il Role Playing, addestrando Pietro sulle singole abilità. Dopo aver definito e spiegato le differenti componenti delle Abilità Sociali (es: comportamenti espressivi, recettivi, interattivi…) e i fattori che influenzano il funzionamento sociale abbiamo lavorato sulle singole componenti (es: Ascoltare gli altri, Esprimere sentimenti spiacevoli, Avviare una conversazione, Iniziare e mantenere le relazioni), trovando così benefici sia nel Funzionamento Metacognitivo che nelle Abilità di conversazione e partecipazione sociale.

Si lavora nel contempo con i familiari, utilizzando alcuni colloqui per gestire le contingenze, implementare le Abilità Sociali e sostenere Pietro nell'individuazione e nella messa in atto di strategie alternative funzionali, nonché nell'autonomia personale e sociale.

Valutazione di esito

Pietro ha concluso la Scuola Secondaria di Secondo Grado e si è iscritto ad un corso per coordinare le attività nelle strutture ricettive. In estate, ha frequentato il tirocinio e ha lavorato come cameriere. La terapia prosegue con l'obiettivo di riconoscere, legittimare i propri bisogni per promuovere il proprio benessere attraverso l'individuazione e la direzione dei valori personali e favorire la flessibilità psicologica attraverso esercizi come "La Matrice ACT", così da poter iniziare a costruire un piano di vita autonomo e personale; si continua inoltre il lavoro volto ad implementare e potenziare le Abilità Sociali.

Grafico CORE-OM



Bibliografia

American Psychiatric Association (APA) (2013), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014;

Caretto F., Murtas I. (2022). Autismo e psicoterapia. L'intervento cognitivo e comportamentale per adolescenti e adulti. Carocci editore S.p.A, Roma;

Harris R. (2010). La trappola della felicità. Come smettere di tormentarsi e iniziare a vivere. Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A., Trento;

Harris R. (2011). Fare ACT. Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy. Franco Angeli, Milano;

Kevin L. Polk, Benjamin Schoendorff, Mark Webster, Fabian O. Olaz (2017). La Matrice ACT: Guida all'utilizzo nella pratica clinica. Franco Angeli Editore, Milano;

Perdighe C., Gragnani A. (2021). Psicoterapia cognitiva. Comprendere e curare i disturbi mentali. Raffello Cortina, Milano.

Giulia De Luca, Psicologa, Psicoterapeuta, Pineto (TE)

Specializzata in Psicoterapia ad indirizzo Cognitivo Comportamentale - Training Fiore e Gragnani, SICC Roma

e-mail: giuliadeluca1994@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