

Il tumore tornerà e mi mangerà come ha fatto con mio padre: un caso di disturbo dell'adattamento con ansia

Elisa De Simoni¹

¹ Psicologo, psicoterapeuta, Viterbo

Riassunto

Nel presente articolo si descrive il trattamento di una paziente di 58 anni costretta ad interrompere la chemioterapia a causa di una grave reazione allergica ai farmaci. Il trattamento si è basato su interventi cognitivi di accettazione e di defusione nell'ambito della terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (ACT) per rispondere alla richiesta della paziente di essere aiutata a tollerare meglio i pensieri e le immagini di una morte graduale e dolorosa. Tale intervento ha permesso alla paziente di gestire in modo più funzionale le sue esperienze interne, di acquisire flessibilità psicologica e di focalizzarsi nel presente, invece di preoccuparsi ripetutamente per il suo futuro, identificando i propri valori, definendo specifici obiettivi e mettendo in atto delle azioni concrete nella direzione indicata dai propri desideri.

The cancer will come back and eat me like he did with my father: a case of adjustment disorder with anxiety.

Summary

In the present article describes the treatment of a 58 years old patient forced to stop chemotherapy because of a severe allergic reaction to medication. The treatment was based on cognitive interventions to acceptance and interventions of defusion, within the framework of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to respond to the request of the patient to be helped to tolerate better the thoughts and images of a gradual and painful death. This intervention allowed the patient to manage more functionally her private experiences, to acquire psychological flexibility and to focus herself on the present instead of worrying repeatedly about her future, identifying values, setting specific goals and implementing concrete actions in the direction indicated by her own desires *Parole chiave:*

Elisa De Simoni, Il tumore tornerà e mi mangerà come ha fatto con mio padre, N. 13, 2014, pp. 128-139.

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.it

Breve storia di vita e descrizione del problema

Tina ha 58 anni, casalinga, vive a Viterbo, coniugata da 35 anni, e due figlie: Ilaria, la primogenita, avvocato, vive ed esercita la professione a Roma, sposata, ed una figlia di 2 mesi, e Giulia, iscritta alla Facoltà di Medicina, vive, durante il periodo delle lezioni, a Roma.

Tina racconta di essere cresciuta “velocemente”, ricorda di essere stata amata dai suoi genitori, ma, a causa del loro intenso lavoro, in quanto dovevano gestire l’azienda di famiglia, trascorrevano poco tempo a casa, motivo che ha portato Tina a doversi occupare delle sorelle, di 4 e 6 anni più piccole di lei.

L’indagine rivolta a indagare familiarità per patologie psichiatriche ha ottenuto esito negativo.

I primi anni di matrimonio sono stati felici, ma, anche per Tina e suo marito, caratterizzati da intenso lavoro: insieme portavano avanti l’azienda di famiglia ed un vivaio adiacente alla casa dove abitavano. Tina racconta che avevano un alto tenore di vita, vivevano in una grande casa, lontano dal centro di Viterbo, con un ampio giardino, avevano una cuoca ed una babysitter per le bambine, organizzavano cene, feste e tante persone frequentavano la loro casa.

Nel 2002 Tina vive la malattia e la morte di suo padre. La paziente afferma di aver visto, per la prima volta e con i propri occhi, quanto il tumore possa essere spietato ed aggressivo, “mio padre si è consumato giorno dopo giorno e l’infarto è stato la sua guarigione”.

Alcuni anni dopo (2008), Tina, a causa di investimenti sbagliati da parte di suo marito e del cognato, deve affrontare una grave crisi dell’azienda di famiglia che si concluderà con la chiusura dell’azienda. Questa situazione costringerà Tina a smettere di lavorare, a vendere la casa ed il terreno. La paziente racconta che giorno dopo giorno diventava un’altra persona, “siamo andati a vivere in una casa piccola, ho venduto e regalato la maggior parte dei miei vestiti, mobili, averi, siamo rimasti soli”. Tina racconta di aver sofferto molto, soprattutto pensando alle possibili conseguenze sul futuro delle figlie.

Alcuni mesi dopo, Tina deve vivere un ulteriore dolore: il tradimento del marito. La paziente preferisce non parlarne, affermando “è un capitolo chiuso, forse il più brutto, nel dolore ho ricevuto una pugnalata velenosa proprio da mio marito”. Il loro rapporto si è così progressivamente compromesso, sebbene Tina abbia deciso di continuare a vivere con lui.

Un anno fa, Tina, a causa di ripetuti e duraturi problemi gastrici, si sottopone ad una serie di visite mediche che si concludono con una diagnosi di tumore. La paziente racconta che dalla diagnosi all’intervento è trascorso pochissimo tempo. Al risveglio, i medici le hanno detto che era andato tutto bene e che il passo successivo era affrontare la chemioterapia. “Ho pensato che anche

questa era un'ulteriore prova che il Signore aveva voluto mettermi davanti, che per le mie figlie ce l'avrei fatta". Tuttavia, Tina fin dal primo ciclo di chemioterapia lamenta forti dolori addominali; questi effetti collaterali erano conseguenza di una forma di allergia ad una sostanza che danneggiava gravemente la mucosa gastrica della paziente. Ciò ha costretto Tina a interrompere la chemioterapia: "era stata scritta la mia condanna a morte"; "da quel momento le immagini di una morte graduale e dolorosa non mi hanno più abbandonata".

Tina si presenta a Febbraio (2013) al CSM di Viterbo; la prima cosa riferita dalla paziente è che è stata la figlia minore a chiamare per prendere un appuntamento, ma Tina chiarisce subito che era anche sua intenzione venire perché afferma "sto impazzendo". Tuttavia, sottolinea di non voler prendere farmaci "ogni volta ce l'ho fatta anche senza prenderli". Tina presenta un quadro clinico caratterizzato da forte ansia, angoscia e tristezza, con pensieri e immagini di morte, a causa delle sue condizioni di salute. Questo stato, in parte, condiziona gli interessi di Tina e le normali attività della vita quotidiana; la paziente è quasi completamente proiettata nel futuro. Tina, nonostante appaia preoccupata ed ansiosa, si presenta determinata a voler portare avanti incontri di psicoterapia e, a tratti, autoironica.

Profilo interno del disturbo

La paziente descrive immagini di morte e sofferenza e pensieri negativi legati al suo progressivo peggioramento perché ritiene che senza chemioterapia "non avrà scampo", "il tumore tornerà e mi mangerà come ha fatto con mio padre". Tina afferma che si trova in questo stato mentale all'improvviso nel corso della giornata, quando ha particolari sensazioni fisiche, o quando guarda la tv, perché spesso passando da un canale all'altro ha modo di vedere programmi di medicina sui quali si sofferma, o al telefono con parenti e amici, che Tina percepisce profondamente angosciati, e questo alimenta la sua ansia e paura, confermando le sue convinzioni sulla gravità della situazione.

Tina presta molta attenzione alle sensazioni provenienti dal corpo per cercare di riconoscere quei segnali che avevano preceduto la diagnosi, e spesso, anche piccoli sintomi le causano forti sospetti e preoccupazioni, incrementando l'angoscia e il timore di una nuova diagnosi.

Cerca informazioni su internet ma spesso ottiene notizie poco rassicuranti circa l'evoluzione della sua patologia, rinforzando l'idea che "la mia vita finirà nei peggiori dei modi".

Tuttavia, lo stato di ansia e di angoscia che ne deriva è fortemente criticato da Tina: "questi pensieri mi fanno star peggio della chemioterapia", e in questo stato non riesce ad essere "la

mamma forte di sempre”; a tale scopo cerca di cancellare dalla mente questi pensieri e immagini, dicendo a se stessa “non devi pensare così, sforzati, cacciali via”, ma difficilmente ottiene l’esito sperato.

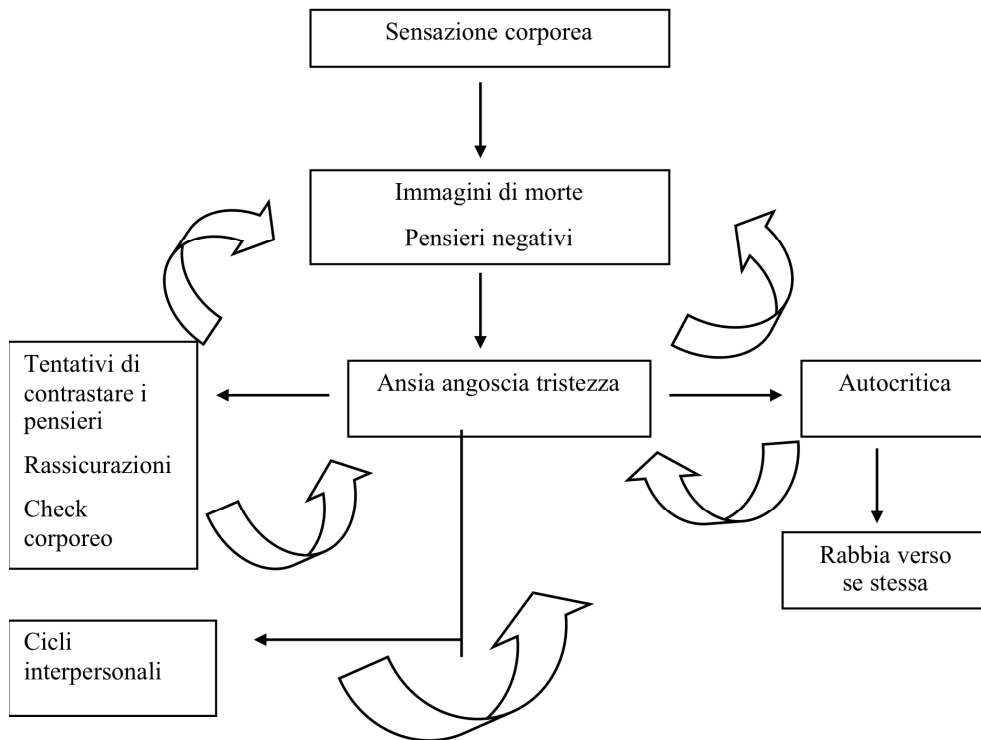


Figura 1: Grafico riassuntivo del funzionamento interno della paziente

A	B	C
Sotto la doccia al contatto con la ferita addominale	che brutta fine sarò costretta a fare, addolorata e mangiata dal tumore, lo stesso destino di papà; questo corpo sarà irriconoscibile, una mostruosità	ansia, angoscia, tristezza
A' = C	B'	C'
	<p>questo stato d'ansia mi fa star peggio della chemioterapia;</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>sono bloccata in questo stato e non riesco a fare altro</p>	<p>rabbia verso se stessa ansia</p> <p>rabbia +++ ansia+++</p>

Figura 2: Esempio di ABC ricostruito in seduta

Fattori e processi di mantenimento

- **Attenzione selettiva:** la paziente focalizza l'attenzione su particolari sensazioni corporee, con automonitoraggio costante, notizie di programmi di medicina, informazioni delle amiche su altre persone malate.
- **Mood Congruity Effect:** lo stato d'animo della paziente influisce sul richiamo di pensieri congruenti con l'umore attuale.
- **Problema secondario:** autocritica legata allo stato di sofferenza causato dai suoi pensieri ("questi pensieri mi fanno star peggio della chemioterapia") e alle difficoltà che sperimenta, in questo stato, a ricalcare il suo modello di mamma a cui non sono concesse debolezze ("non riesco ad essere la mamma forte di sempre").
- **Ricerca di rassicurazioni:** ricerca di informazioni su internet.
- **Tentativi di contrastare i pensieri** che incrementano l'iperfocalizzazione sulle proprie convinzioni rafforzando la visione catastrofica dell'evento temuto.
- **Cicli interpersonali:** l'atteggiamento di Tina nell'interazione con gli altri che trasmette l'immagine di una donna malata e senza speranze accresce le preoccupazioni di parenti e amici che alimentano l'ansia e l'angoscia di Tina, confermando le sue convinzioni sulla gravità della situazione.

Scompenso

La necessità di interrompere i cicli di chemioterapia ha portato Tina a credere di avere la certezza che il tumore sarebbe tornato senza altre possibilità di cura.

Vulnerabilità storica

L'esperienza fatta con la malattia del padre che lo ha visto aggravarsi progressivamente nelle sofferenze fisiche e psichiche.

Il tema ricorrente nelle sue esperienze di vita: un progressivo degrado fino alla perdita affettiva, economica, fisica, vissuto con un forte senso di angoscia e impotenza.

Vulnerabilità attuale

La sua malattia e il ricordo della sofferenza del padre (Tina ha presente davanti a lei immagini drammatiche e quindi automaticamente si costruisce anche per lei uno scenario catastrofico).

Terapia e trattamento

Gli obiettivi terapeutici concordati con la paziente sono stati: ridurre la focalizzazione sui pensieri negativi e immagini mentali di morte e sofferenza e recuperare il controllo della propria quotidianità "rendendo ogni giorno degno di essere vissuto".

La prima fase è stata caratterizzata dal processo di normalizzazione. Nel corso delle prime sedute, ho chiarito a Tina (dialogo socratico) che i suoi pensieri erano del tutto comprensibili e giustificati dalla situazione che stava vivendo e dalle sue esperienze di vita, che la maggior parte delle persone ha pensieri negativi, angoscianti in condizioni di malattia e di sofferenza, ed ho aggiunto, cercando di sdrammatizzare, che si sarebbe dovuta preoccupare se il contenuto dei suoi pensieri fosse stato allegro e felice. Di conseguenza sono stati normalizzati anche i suoi C, attraverso ascolto empatico, creando una buona alleanza terapeutica.

La seconda fase ha incluso l'assessment, tramite dialogo socratico e ricostruzione di abc, con lo scopo di comprendere il funzionamento a livello cognitivo e comportamentale della paziente, seguito dalla formulazione e condivisione del problema presentato da Tina, utilizzando un linguaggio comprensibile per la paziente, riprendendo alcune delle sue stesse parole, ed efficace all'applicazione dei principi del trattamento cognitivo. Nello specifico, ho spiegato a Tina che in situazioni problematiche la sofferenza spesso dipende, non tanto dagli stati d'animo e dai pensieri che si presentano più o meno automaticamente, ma dal giudizio, dalla critica, dalla valutazione che diamo a quello stato d'animo, a quei pensieri. Quindi, la sofferenza "patologica" prende forma nel

momento in cui non si accettano i propri stati d'animo e i propri pensieri. In questo modo, si perde di vista la situazione problematica concreta e reale che si sta vivendo e si rivolge tutta la propria attenzione e le proprie energie su di un problema irreali, falso, ovvero di incapacità, di anormalità che ci si attribuisce, incrementando il disagio. Tina, perciò, è stata guidata nel comprendere come il suo continuo tentativo di cancellare dalla mente tali pensieri ed immagini e le sue aspre auto-critiche (problema secondario) la portavano a concentrarsi sempre di più su tale stato mentale, aumentando la sua intolleranza, e questo determinava una maggiore produzione dei pensieri negativi, un maggior controllo sulle proprie azioni da parte di tali pensieri, aggravando il suo stato ansioso (effetto paradosso). Questa seconda fase ha particolarmente motivato Tina in quanto ha apertamente espresso di essersi sentita sostenuta, legittimata e capita.

La terza fase, a partire dal diario giornaliero che Tina aveva compilato sui suoi pensieri ed immagini ricorrenti nel corso della giornata, specificando l'evento o lo stato emotivo spiacevole scatenante e le conseguenze di quei pensieri o immagini, è stata caratterizzata dall'identificazione e, in altri momenti, dall'inserimento nello schema, dei suoi tentativi di contrastare tali pensieri o immagini, sottolineando la capacità di rinforzare la sua sofferenza. Tale processo mentale è stato concretizzato utilizzando alcune metafore del modello terapeutico ACT (Acceptance and Commitment Therapy; Hayes et al., 1999). In particolare, ho utilizzato la metafora dei passeggeri sull'autobus: nonostante Tina fosse l'autista dell'autobus, il controllo era in mano ai passeggeri (pensieri, emozioni, ricordi) e questo le impediva di andare dove voleva o le causava perdita di tempo per discutere e confrontarsi con loro. Lo scopo è stato quello di sensibilizzare Tina a sottovalutare "le minacce di quei mostri", che hanno acquisito potere perché gli è stato dato valore di verità, mentre non avrebbero mai potuto concretamente attaccare Tina, e quindi, sensibilizzarla a non prenderli troppo sul serio, al fine di ridurre progressivamente la possibilità che fossero per lei un ostacolo ed una distrazione costante. Inoltre, ho presentato alla paziente la metafora del tiro alla fune per dimostrare a Tina che il suo sforzo per contrastare "il mostro" aumentava il suo impegno per combatterlo e questo, oltre a non averla ancora portata ad una vittoria, la teneva continuamente occupata impedendole di portare avanti le cose che realmente le interessavano. Tina, in questi termini, è giunta ad una completa comprensione della sua sofferenza, dell'inefficacia e soprattutto dei costi del suo "problema secondario", che attiva meccanismi ricorsivi, causando svantaggi pratici ed esistenziali. Questo ha permesso di ridurre i tentativi di Tina di contrastare le sue esperienze interne, i suoi tentativi di soluzione disfunzionali, migliorando il suo stato d'animo e preparandola

ad assumere un atteggiamento mentale di rinuncia, di sospensione della ricerca di una soluzione, ovvero di “accettazione”.

La quarta fase si è basata sulla necessità di guidare Tina sul fatto che “i pensieri sono solo pensieri” e che le immagini “vanno e vengono” mentre si possono fare e pensare tante altre cose. A Tina ho spiegato che si trovava in uno stato di “fusione” con le proprie immagini e i propri pensieri; in questi termini l’attenzione è completamente focalizzata su tali pensieri e immagini che acquisiscono concretezza, veridicità, causando sofferenza per l’impatto emotivo e per le conseguenze sulle proprie azioni. Al fine di favorire il processo opposto di defusione, in grado di modificare la funzione, piuttosto che il contenuto, la forma o la frequenza delle cognizioni, sono stati presentati alcuni esercizi, anch’essi appartenenti all’ACT, con lo scopo di riconoscere le immagini come semplici figure, inanimate, innocue, divenendo osservatori dei propri contenuti mentali, e di indebolire la fiducia nei propri pensieri.

Inizialmente è stata proposta una discussione sulla mente, su cosa sia, su come funziona, quando “è nostra amica” e quando non lo è, discriminando tra pensieri utili e inutili e quanto quest’ultimi ci condizionano perché gli è stato dato troppo valore, che li ha resi in grado di regolare il nostro comportamento e le nostre emozioni. Quindi, a Tina ho spiegato che spesso ci dobbiamo interrogare non tanto sulla veridicità di quel pensiero, ma sulla sua funzionalità; questo ci ha permesso di portare avanti una serie di riflessioni e valutazioni (“credere che presto morirai dolorosamente può motivarti, può esserti utile a raggiungere i tuoi desideri, scopi...”). Tina è stata, quindi, orientata a guardare lo scorrere dei suoi pensieri (foglie secche lungo il letto di un fiume), piuttosto che guardare attraverso tali pensieri, a vedere la mente in terza persona, diventando consapevole dei suoi limiti. Nello specifico, l’esercizio di defusione con il quale si chiede di far precedere il pensiero negativo da “sto avendo il pensiero che...”, ci ha permesso di rinforzare il ruolo da osservatore suggerito a Tina, discutendo sul fatto che un pensiero è solo un pensiero, non corrisponde necessariamente a quello che sta succedendo o potrà succedere in futuro, al quale possiamo reagire in modi molto diversi, in quanto abbiamo noi il controllo e il potere di decidere. Successivamente, sono stati presentati alcuni esercizi di ri-vocalizzazione dei principali pensieri di morte e sofferenza di Tina, sintetizzati in un’unica parola o in frasi molto brevi, che hanno, sia indebolito il valore letterale di quelle specifiche parole, sia spostato il focus attentivo dal contenuto al suono, diminuendo il loro impatto emotivo. Inoltre, è stato utilizzato l’esercizio dello schermo televisivo, con il quale Tina ha potuto “giocare” con le sue immagini, allargandole, facendole girare, modificando il colore, trasformandole in un videoclip, facendolo scorrere in avanti come una

moviola o all'indietro al rallentatore. In seguito, è stato introdotto l'esercizio dei sottotitoli per le immagini e l'esercizio del dare un nome ai pensieri, utilizzando parole spiritose o dialettali, e l'esercizio del cambiare posto alle immagini, in cui Tina ha mostrato un'elevata fantasia e immaginazione, portando le immagini nei posti più vari e bizzarri.

Dopo qualche esitazione iniziale, facendo forza sulla sua autoironia, si è raggiunto il risultato atteso e Tina ha accettato ed eseguito con successo gli esercizi a casa. Questo intervento ha così avuto l'effetto di sdrammatizzare i pensieri e le immagini, di diminuire la loro importanza, vividezza e capacità di indurre uno stato di ansia e paura. Ciò ha ulteriormente ridotto i tentativi di contrastare tali pensieri, le condotte che contribuivano ad alimentare lo stato di ansia e di autocritica che la portava ad arrabbiarsi con se stessa, ha reso concreta la possibilità di accertarli, orientando tempo ed energie per agire nel presente. Tina si presenterà in seduta proponendomi una "sua metafora": "la sua idea che i miei pensieri fossero una semplice serie di parole in fila mi ha fatto vedere la mia mente come una pagina di un libro, come una ricetta...ed ho iniziato a ridere...queste non sono cose che spaventano!!".

A partire da questo cambiamento è stato possibile introdurre la seconda parte della terapia, ovvero la focalizzazione sul presente, in modo consapevole e attivo, con definizione dei valori e delle azioni da concretizzare indipendentemente dai pensieri negativi e dalla malattia, al fine di rispondere al bisogno di Tina di riprendere il controllo della sua quotidianità e rendere ogni giorno degno di essere vissuto. A Tina ho spiegato che i valori corrispondono ai nostri desideri più intimi e profondi su come vorremmo essere con noi stessi e nel rapporto con gli altri e con il mondo. La necessità di ascoltarli e definirli è legata al fatto che i nostri valori ci permettono di trovare la direzione da seguire nella vita per garantirci un'esistenza ricca, dinamica e autentica, costantemente connessa e rivolta verso i propri desideri. Il passo successivo è stato, quindi, quello di individuare gli scopi/obiettivi e mettere in atto azioni concrete e specifiche ad essi sottesi e in sintonia con i propri valori. Ho sottolineato a Tina la distinzione tra valori e scopi al fine di diventare protagonista consapevole del proprio cambiamento, favorendo una maggiore flessibilità psicologica. Nello specifico, ho precisato che i valori fanno riferimento al modo in cui si vuole agire, alla qualità delle azioni, rappresentando "la cornice" dove collocare gli scopi che sono, invece, stati raggiungibili con azioni concrete, ovvero mezzi per avviare e mantenere la direzione di vita desiderata.

L'identificazione dei valori è avvenuta in seduta, a partire da un elenco di domini di valori presentati a Tina (famiglia, rapporti intimi e amicali, salute, crescita personale, attività ricreative).

La paziente è stata invitata a sceglierli e a descriverli liberamente; successivamente ci siamo focalizzate sui contenuti specifici, adattandoli alla propria storia personale, ed identificando, in seguito, piani di azione concreti guidati da quei valori.

La paziente ha scelto come valori principali essere una buona madre/nonna, ossia presente, partecipe, disponibile; essere una persona ben curata nel corpo e nella mente, cioè con interessi, hobby, attenta al benessere fisico e spirituale; essere una buona amica, cioè capace di ascoltare e di condividere momenti del proprio tempo libero. Tina ha deciso che il primo valore poteva essere concretizzato nei seguenti obiettivi: andare, una volta al mese, a Roma dalla figlia minore per aiutarla nella gestione della casa ed organizzare delle uscite con lei, fare la tata per la sua nipotina, aiutare la figlia maggiore ad organizzare il battesimo della figlia, organizzare il pranzo domenicale, almeno una volta al mese, per riunire la sua famiglia. Per il secondo valore i seguenti obiettivi: uscire di casa ogni giorno per almeno una mezz'ora e fare una passeggiata, andare una volta al mese dall'estetista e truccarsi per andare a fare la spesa, riprendere a dipingere bottiglie di vetro, che amava particolarmente fare prima della malattia, andare in chiesa la domenica mattina, abitudine che aveva maturato con la morte del padre. Infine, per il terzo valore: andare almeno una volta a settimana con le due amiche ancora presenti a prendere un caffè, organizzare uscite al cinema, interesse che le accomunava, chiamare Sara (una delle due amiche) per aiutarla ad accettare la malattia della figlia.

L'essere divenuta consapevole dei propri valori ha dato a Tina la spinta e la motivazione ad agire, ad essere se stessa in armonia con i propri principi, ad investire giorno dopo giorno, così come quelle stesse azioni sono state la prova concreta di poter condurre una quotidianità piacevole, apprezzabile e dignitosa nonostante la sua mente le ricordasse la possibilità di una morte prossima e drammatica. Il piacere e la gratificazione di riprendere quelle attività, che erano state parte della sua vita, ha ridotto ulteriormente il suo stato d'ansia e quasi annullato le sue ruminazioni e i suoi check del corpo, riuscendo a restare concentrata sulle proprie azioni e lasciando che quei pensieri "attraversassero la sua mente senza interromperla".

Fase conclusiva

Alla fine di giugno concordiamo una pausa di un mese in quanto Tina aveva manifestato un forte desiderio di trascorrere il mese di luglio a casa della figlia maggiore al mare, offrendole comunque la mia disponibilità se necessario. Fissiamo un appuntamento per agosto e decidiamo che i successivi appuntamenti li avremo fissati con una cadenza quindicinale. All'appuntamento di

Agosto ricevo una telefonata. Al telefono Tina si scusa per non essere venuta, ma con voce serena dice: “sono la Tina di un tempo, ho ritrovato me stessa e le mie figlie ed ho ripreso a fare la nonna”. Continua la conversazione raccontando che quei pensieri e quelle preoccupazioni, solamente in certi momenti, ci sono ancora, e, riprendendo la metafora dell’autobus, sono seduti agli ultimi posti del pullman e la loro aggressività è diventata per lei un “brusio quasi impercettibile”. La promessa che Tina mi fece in quella telefonata di ritornare per portarmi in regalo alcune delle sue bottiglie dipinte, è stata mantenuta. In quell’incontro, avvenuto ad ottobre, Tina si presenta ben curata, e, sorridendo, mi fa notare trucco e smalto; poi mi sottolinea di essere diventata molto competente nel dipingere grazie ad internet che ora utilizzava solamente per scaricare video di esempi di tecniche per la pittura su vetro. Inoltre, mi racconta di essersi prefissata l’obiettivo di organizzare una bancarella ai mercatini per il periodo di Natale e di pubblicare la sua storia su di un sito che raccoglie autobiografie di donne con storie di tumore, perché “la mia esperienza incoraggi a chiedere aiuto e a stringere i denti il più possibile tanto non si rompono”.

Bibliografia

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (1999). Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change. Guilford, New York.

Elisa De Simoni

Psicologa-Psicoterapeuta, Viterbo

Specializzata a Roma, training Mancini, Carcione

elisadesimoni@libero.it

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