

I Trattamenti Sanitari Obbligatori nel Servizio di Diagnosi e Cura dell'Ospedale di Cosenza: 25 anni di osservazione (1978-2003)

Involuntary admission to the psychiatric unit of Cosenza's Hospital: a retrospective study over the twenty-five year period, 1978-2003

Dear Editor:

La Legge 180/78 ha sancito sul piano legislativo la chiusura degli ospedali psichiatrici e l'istituzione negli ospedali generali dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC). La nuova normativa caratterizzava i trattamenti sanitari obbligatori (TSO) come provvedimenti eccezionali e di breve durata, e prevedeva per la loro attuazione una serie di passaggi con lo scopo di garantire e tutelare i diritti del paziente, salvaguardandone le esigenze di cura.

Studi epidemiologici, condotti in alcune realtà italiane negli anni successivi all'emanazione della legge di riforma, hanno evidenziato come il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio sia complessivamente poco frequente. Barbato & D'Avanzo (2005) in Lombardia hanno trovato una percentuale di TSO pari al 10.8% sul totale dei ricoveri. Guaiana & Barbui (2004) hanno rilevato in Italia un decremento dei TSO dal 17.1% all'11% nel periodo 1979-1997. Rittmannsberger *et al.* (2004), in una rilevazione che ha coinvolto 24 paesi europei, hanno trovato una percentuale di ricoveri in regime di obbligatorietà pari all'11.4% dei ricoveri per acuti valutati in un singolo giorno. Il Progetto PROGRES-Acuti (Gaddini *et al.*, 2007), condotto in Italia con analogia metodologia, ha rilevato una prevalenza dell'8.3%.

Nella Regione Calabria, e più specificamente nella provincia di Cosenza, la legge di riforma psichiatrica ha trovato un'applicazione molto parziale; non tutti i SPDC previsti dal piano sanitario regionale sono stati attivati e la rete territoriale di servizi di salute mentale si è andata sviluppando molto lentamente. Ci siamo chiesti se il diffondersi di un modello comunitario d'intervento, anche se con assetti organizzativi non adeguatamente

articolati, potesse avere influito sull'epidemiologia di quelle condizioni psicopatologiche che esitano in un TSO. Un altro aspetto che ci interessava valutare è se lo stato di applicazione della normativa per l'effettuazione del TSO fosse stato realmente garantista per i pazienti, così come la legge si prefiggeva.

In particolare sono stati individuati i seguenti obiettivi:

- Descrivere il profilo socio-demografico e clinico dei pazienti ricoverati obbligatoriamente presso il Servizio di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Generale di Cosenza.
- Valutare se le tre fasi in cui si articola la procedura legale (medica, sindacale, giudiziale) fossero state correttamente eseguite.

MATERIALI E METODI

Sono stati presi in considerazione i soggetti ricoverati in TSO nel periodo che va dal 17.11.1978 al 31.12.2003. Il periodo esaminato è rappresentativo di una realtà in cui sono stati gradualmente attivati nel territorio di riferimento i Centri di Salute Mentale (CSM) fino al raggiungimento dell'assetto attuale, rappresentato da 1 SPDC, 5 CSM di cui solo due fruibili sulle 12 ore, 2 Centri Diurni. Non sono mai stati attivati i Day Hospital e le strutture residenziali previste dai provvedimenti legislativi. L'area territoriale di riferimento è quella dell'Azienda Sanitaria di Cosenza, che comprende la città capoluogo e i paesi limitrofi, per una popolazione complessiva che oggi raggiunge i 300.000 abitanti.

I dati raccolti dalle cartelle cliniche riguardavano: sesso, età, diagnosi principale, condizioni di comorbidità,

durata della degenza, procedura legale. Per l'analisi comparativa dei dati il campione è stato suddiviso in 4 classi d'età (25; 26-45; 46-65; > 65). L'arco temporale esaminato è stato suddiviso in cinque quinquenni. Per le diagnosi sono stati individuati 7 raggruppamenti diagnostici: Psicosi di tipo schizofrenico, Psicosi organiche, Ritardo mentale, Psicosi affettive, Disturbi di personalità (DP), Nevrosi e reazioni d'adattamento, Disturbi correlati all'abuso di sostanze, Disturbi del comportamento non meglio specificati, Altre diagnosi.

Sono state effettuate statistiche descrittive e comparative in rapporto al sesso, alle classi d'età, all'anno esaminato, alla patologia. Per le variabili continue sono stati utilizzati lo Student t-test e l'Anova *one way*, per le variabili categoriali è stato utilizzato il test del Chi quadro.

RISULTATI

Nell'arco di tempo considerato sono stati effettuati 1567 (16.9%) TSO su 9221 ricoveri. La frequenza rilevata si mantiene sostanzialmente stabile nel periodo esaminato: 16.1%, 16.8% e 12.6% nel secondo, terzo e quarto quinquennio rispettivamente. Percentuali leggermente più elevate si registrano nel primo (20.7%) e nell'ultimo quinquennio (19.6%).

Caratteristiche socio-demografiche

Le caratteristiche socio-demografiche, riportate in Tabella I, mostrano una prevalenza dei pazienti di sesso maschile con un'età media inferiore a quella delle femmine. Maggiormente rappresentata nel campione totale e tra i maschi la seconda classe d'età; le femmine si distribuiscono prevalentemente sulla seconda e terza classe d'età. Significativamente più numerosi i soggetti non coniugati e non occupati. Medio-bassi i livelli di scolarizzazione. Il 49.1% dei pazienti proviene da territori esterni all'AS di Cosenza.

Caratteristiche cliniche

Le Psicosi di tipo schizofrenico sono il raggruppamento diagnostico più rappresentato. Le altre diagnosi si attestano su valori inferiori al 9%. (Tabella II).

Le Psicosi affettive e le Nevrosi e reazioni di adattamento sono più frequenti tra le femmine, i Disturbi correlati all'abuso di sostanze tra i maschi. Gli altri accorpamenti nosografici riportano percentuali sovrapponibili nei due sessi.

Nell'arco di tempo considerato i ricoveri per Psicosi schizofreniche, Psicosi organiche e Ritardo mentale pre-

Tabella I. – Caratteristiche socio-demografiche.

	Maschi N = 1090		Femmine N = 477		Totale N = 1567	
Età media*	38.4±12.3		44.3±14.4		40.2±13.3	
Anni di scolarità°	8.5±4.3		8.9±4.8		8.7±4.5	
Stato civile^	n.	%	n.	%	n.	%
Cel/nub	727	66.7	198	41.5	925	59
Con	215	19.7	172	36.1	387	24.7
Div	62	5.7	54	11.3	116	7.4
Ved	10	.9	21	4.4	32	2.0
Non rilevabile	76	7	32	6.7	108	6.9
TOTALE	1090	100	477	100	1567	100
		69.6		30.4		100
Lavoro						
Occupato	257	23.6	60	12.6	317	20.2
Casalinga	0	0	117	24.5	117	7.5
Disoccupato	231	21.2	55	11.5	286	18.3
Pensionato	232	21.3	116	24.3	348	22.2
Studente	20	1.8	7	1.5	27	1.7
Non rilevabile	350	32.1	122	25.6	472	30.1
Classi d'età§						
≤ 25	149	13.7	47	9.9	196	12.5
26-45	652	59.8	211	44.2	863	55.1
46-65	257	23.6	171	35.8	428	27.3
>65	32	2.9	48	10.1	80	5.1

Student-t test: * t-1201 df 1654, p=.000; ° t 1,201 df 548, p=.230

Chi Quadro: ^ X² 106.129, df 4, p=.000; § X² 69.796, df 3, p=.000

sentano una frequenza più o meno costante (Figura 1). Significative variazioni di frequenza (χ^2 97.952, df 32, $p=.000$) si riscontrano per le Nevrosi e reazioni di adattamento, che si riducono dal 9.1% al 2.6%, e per le Psicosi affettive, che passano dal 3.3% del primo quinquennio al 9% dell'ultimo quinquennio. Anche i Disturbi correlati all'abuso di sostanze presentano un andamento in crescita. L'abuso di sostanze è riscontrabile nell'11.4% (N=179)

del campione. In 140 casi si tratta di abuso d'alcool, in 39 casi di altre sostanze d'abuso. La condizione d'abuso si presenta in comorbidità con altre patologie in 128 casi (N= 13: D. comportamentali, N= 58: Psicosi schizofreniche, N=31: Psicosi organiche, N= 21: Nevrosi e reazioni d'adattamento, N= 5: Psicosi affettive); nei restanti casi determina manifestazioni psicopatologiche inquadrabili come un disturbo specificamente correlato all'abuso.

Tabella II. – *Caratteristiche cliniche.*

Diagnosi*	Maschi N = 1090		Femmine N = 477		Totale N = 1567	
	n.	%	n.	%	n.	%
1. Psicosi di tipo schizofrenico	751	68.9	288	60.4	1039	66.3
2. Psicosi organiche	52	4.8	17	3.6	69	4.4
3. Ritardo mentale	39	3.6	14	2.9	53	3.4
4. Psicosi affettive	41	3.8	33	6.9	74	4.7
5. Disturbi di Personalità	8	.7	9	1.9	17	1.1
6. Nevrosi e reaz. adattamento	55	5.0	49	10.3	104	6.6
7. Correlati abuso sostanze	44	4.0	7	1.5	51	3.3
8. Dist. comportamentali	88	8.1	52	10.9	140	8.9
9. Altre diagnosi	12	1.1	8	1.7	20	1.3
TOTALE	1090	100	477	100	1567	100
		69.6		30.4		100

Chi Quadro: * X^2 40.423, df 8, $p=.000$

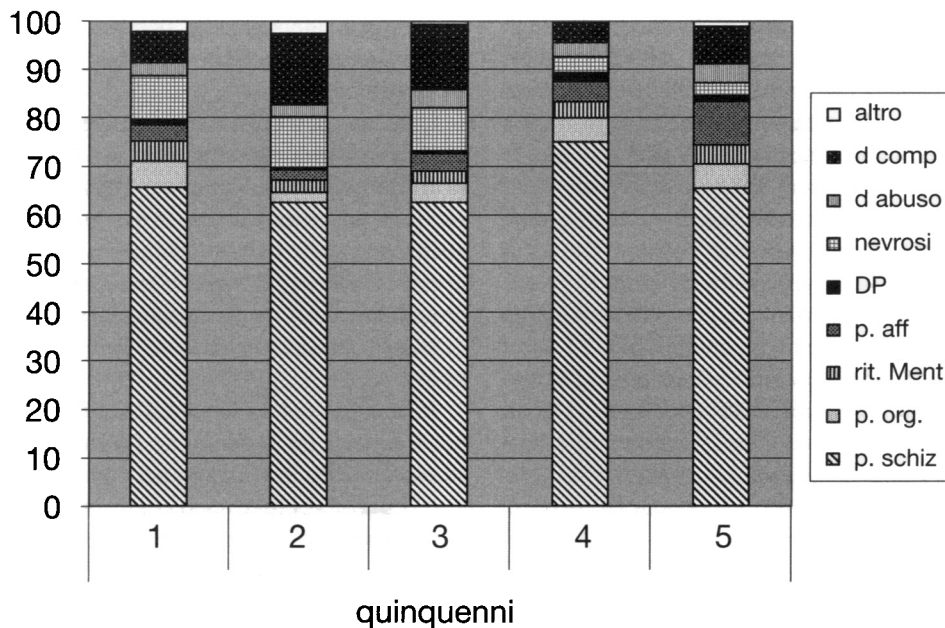


Figura 1. – *Distribuzione dei raggruppamenti nosografici per quinquennio.*

Il TSO nei pazienti con Ritardo mentale è determinato nella misura del 69.8% da sintomi comportamentali.

La maggior parte dei ricoveri ha una degenza pari o inferiore a 7 giorni (N= 874) o compresa tra 8 e 30 giorni (N= 674). I ricoveri con durata della degenza superiore a 30 giorni sono una minoranza (N=19). La durata media di degenza è di 8.6 ± 6.4 giorni; nel terzo e quarto quinquennio si registrano le degenze più basse, 7.9 ± 5.3 e 7.7 ± 4.2 rispettivamente, e la differenza risulta significativa (Anova *one way*: df 4, F 5.161, $p = .000$) rispetto alla degenza media dell'ultimo quinquennio, che è la più elevata (9.7 ± 7.1).

Le Psicosi affettive riportano la degenza media più elevata (11.1 ± 6.1) e la differenza risulta significativa (Anova *one way*: F 6.756, df 8, $p = .000$) verso le Psicosi organiche (6.5 ± 4.4), Ritardo mentale (6.7 ± 4.2), Disturbi comportamentali (7.1 ± 4.5) e Disturbi correlati all'abuso di sostanze (6.5 ± 4.5). I DP presentano una degenza media (9.9 ± 7.3) che è sovrapponibile a quella delle Psicosi schizofreniche (9.2 ± 6.9). Non si rilevano differenze nella durata di degenza in rapporto al sesso.

Procedura legale

Le certificazioni di proposta e di convalida appaiono dettagliate e motivate in percentuale molto ridotta (2%), nei restanti casi riportano una sommaria diagnosi o enunciano su moduli prestampati le tre condizioni previste dal legislatore per l'effettuazione del TSO. La proposta di TSO nel 41.4% parte da un sanitario del CSM e nel 31.8% da un medico di medicina generale. Nel 17.9% la convalida è effettuata da un sanitario del CSM, nel 19.8% da altri sanitari della struttura pubblica, ma nel 62.3% (N=975) dei casi l'ordinanza di TSO è emessa dal sindaco senza certificazione di convalida e nessuna di queste ordinanze risulta rigettata dal Giudice Tutelare. Dal 1978 al 1998 l'irregolarità della procedura riguarda il 73.1% (860 su 1176 ordinanze) dei ricoveri, con oscillazioni non significative di questo valore tra un quinquennio e l'altro; soltanto nell'ultimo quinquennio le percentuali si invertono e l'irregolarità è evidenziabile nel 29.4% (115 su 391 ordinanze) dei ricoveri.

DISCUSSIONE

La percentuale di TSO rilevata è del 16.9% e nell'arco di tempo considerato non presenta variazioni significative. Il dato sta a indicare come la crisi di sofferenza psichica, controllabile solo con un provvedimento coerciti-

vo, sia limitata a una percentuale ridotta di pazienti. Gli studi della letteratura, come già evidenziato in premessa, riportano frequenze più contenute. Il nostro risultato potrebbe essere spiegato da una ridotta estensione della rete dei servizi territoriali, testimoniata anche dall'elevata percentuale di pazienti extraterritoriali e/o da un insufficiente sviluppo di modelli di intervento di prevenzione della crisi.

Caratteristiche socio-demografiche e cliniche

L'andamento generale dei ricoveri è caratterizzato da una costante prevalenza di pazienti di sesso maschile, appartenenti alla classe d'età giovane-mediana. Il dato trova una possibile spiegazione nelle caratteristiche cliniche rilevate. Le Psicosi schizofreniche sono il raggruppamento diagnostico più rappresentato e, per come molti studi testimoniano, le femmine hanno un'età media di esordio della schizofrenia maggiore dei maschi, un quadro di malattia meno severo, ospedalizzazioni più brevi, meno frequenti i trattamenti involontari, meglio conservate le capacità sociali (Sartorius *et al.*, 1986; Walcker & Lewine, 1993; Lindamer *et al.*, 1999; Riecher *et al.*, 1999).

L'esordio più tardivo e un funzionamento sociale meno deteriorato possono spiegare anche la maggiore presenza di donne coniugate.

I dati di prevalenza relativi ai raggruppamenti diagnostici e alle condizioni di comorbidità sono da interpretare con molta cautela, perché penalizzati da inquadramenti diagnostici estremamente generici (crisi psicotica, agitazione psicomotoria).

Com'era prevedibile, le patologie riconducibili allo spettro schizofrenico rappresentano la causa più frequente di TSO (Craw & Compton, 2006; Bauer *et al.*, 2007). Nel periodo esaminato non si osservano variazioni di frequenza sia delle Psicosi schizofreniche sia delle Psicosi organiche. Si tratta di quadri clinici impegnativi ai quali, probabilmente, una territorializzazione incompleta dell'assistenza non consente di trovare risposte alternative al ricovero.

In accordo con la letteratura, le Psicosi affettive sono più frequenti tra le femmine (Weinstock, 1999) e registrano un netto incremento nel corso degli anni. Sotto la voce Psicosi affettive sono compresi il Disturbo bipolare e la Depressione unipolare. Il dato rilevato concorda con la crescita esponenziale, registrata nell'ultimo decennio, dei disturbi depressivi, ma occorre sottolineare che il Disturbo bipolare, che in altri studi rappresenta una delle principali diagnosi correlate al TSO (Frick *et al.*, 2003), nel nostro studio presenta una prevalenza decisamente

bassa (3.3%). Il dato potrebbe essere ricondotto in parte alle considerazioni generali già espresse sugli inquadramenti diagnostici, in parte alle difficoltà diagnostiche che il disturbo bipolare pone, soprattutto se si valuta l'episodio singolo.

Le Nevrosi e reazioni di adattamento, come da letteratura più rappresentate nel sesso femminile (Weinstock, 1999), diminuiscono significativamente nel corso del periodo considerato; è possibile che l'ampliamento quantitativo dei CSM abbia migliorato la presa in carico territoriale di queste patologie.

Alla mancata attivazione di strutture semiresidenziali potrebbe essere attribuita la sostanziale stabilità dei ricoveri per Ritardo mentale. Il ricovero di questi pazienti è determinato per lo più da disturbi comportamentali, che avrebbero potuto trovare un adeguato controllo in servizi psichiatrici territoriali meglio strutturati.

La condizione d'abuso, in accordo con i dati della ricerca, è più frequente nel sesso maschile. Nell'arco di tempo valutato sia l'abuso d'alcool che di droghe presentano un andamento in crescita. Il trend è più evidente per l'abuso di droghe e riflette quanto si verifica in popolazioni non cliniche (Regier *et al.*, 1990; Ayuso-Gutierrez & Del Rio Vega, 1997). Nell'8.2% l'abuso di sostanze si presenta in comorbidità con una diagnosi di Asse I. In letteratura sono riportate prevalenze che variano dal 14.7% al 28.9%, a seconda degli studi (Pancheri, 2002). È probabile che il dato da noi rilevato sia sottostimato per la lacunosità delle cartelle cliniche.

La durata media di degenza è di 8.6 ± 6.4 giorni, in linea con i dati nazionali che indicano degenze medie comprese tra 9 e 14 giorni (Bassi *et al.*, 2003). Le Psicosi affettive sono il raggruppamento nosografico con degenza media più elevata e la maggiore prevalenza di Psicosi affettive nell'ultimo quinquennio potrebbe spiegare la degenza media più prolungata registrata in tale periodo. I DP presentano una degenza media che è sostanzialmente sovrapponibile a quella delle Psicosi schizofreniche. Il dato in qualche modo testimonia come i DP costituiscano una patologia psichiatrica terapeuticamente impegnativa.

Procedura legale

Un dato interessante e preoccupante per la sua consistenza, è rappresentato dall'irregolarità della procedura in tutte e tre le fasi previste dalla legge. Nella maggior parte dei casi le certificazioni cliniche si limitano ad enunciare le condizioni per le quali il TSO è previsto e il sindaco emana l'ordinanza in assenza della certificazione di convalida, disattendendo il compito di garanzia formale e

sostanziale del provvedimento. Anche la funzione di controllo del Giudice Tutelare appare gravemente carente, perché egli, secondo quanto previsto dalla norma, per convalidare il provvedimento deve valutare la completezza della documentazione, il rispetto dei tempi di notifica, assumere le informazioni del caso, disporre eventuali accertamenti.

I risultati del nostro studio indicano una diffusa e prolungata disattenzione verso quelle misure di tutela giurisdizionale che il legislatore aveva previsto, riconoscendo nel TSO una significativa limitazione della libertà personale. Difficile attribuire il mancato rispetto della normativa per un periodo di tempo così esteso a disinformazione sulla materia. Ci sembra più probabile un diffuso atteggiamento di de-responsabilizzazione, favorito dalla mancanza di ricorsi verso provvedimenti privi della necessaria legittimità in tutte e tre le fasi previste dalla norma. Le variabili esaminate non spiegano l'inversione di tendenza registrata nell'ultimo quinquennio. Una possibile ipotesi è che le proposte di riforma della legge 180 o il diffondersi della normativa sul consenso informato abbiano indotto a una maggiore attenzione verso i diritti dei pazienti.

Il presente studio ha il pregio epidemiologico di coprire un arco di tempo molto lungo e successivo ai cambiamenti normativi in materia di assistenza psichiatrica introdotti dalla Legge 180. Presenta, però, alcuni limiti. Innanzitutto si tratta di uno studio descrittivo condotto attraverso un'analisi retrospettiva di cartelle cliniche spesso povere di notizie epidemiologicamente rilevanti. Inoltre, l'assenza di un'archiviazione informatica dei dati ha impedito la valutazione di altri aspetti (tassi di riospedalizzazione, diversità rispetto ai pazienti in trattamento volontario), che avrebbero consentito di meglio precisare le diverse forme sotto le quali si è andata evolvendo la domanda di assistenza psichiatrica.

CONCLUSIONI

Dall'analisi globale dei dati esposti emerge come l'utente medio sottoposto a TSO sia una persona di sesso maschile, relativamente giovane, che vive in una condizione di svantaggio culturale, che non è stato in grado di inserirsi nel mondo del lavoro o ne è stato espulso precocemente; una persona che non è stata in grado di formarsi una famiglia e che presenta un disagio psichico di grado notevole. La causa più frequente di TSO è rappresentata dalle Psicosi di tipo schizofrenico; sia il tasso di prevalenza annuale dei TSO che quello dei TSO determinati da tale patologia non risentono dell'attivazione pro-

gressiva nell'arco di tempo considerato dei Centri di Salute Mentale Territoriali. Pur rendendoci conto dei limiti che un'analisi descrittiva del fenomeno comporta, possiamo ipotizzare che una territorializzazione incompleta dell'assistenza psichiatrica, limitata al bipolo ospedale-ambulatorio, non sia stata capace di incidere su condizioni cliniche connotate da gravità e che richiedono trattamenti più diversificati. Diffusa, prolungata e inquietante la disattenzione verso quei diritti soggettivi che la Legge 180 si proponeva di tutelare.

Maria Francesca Pantusa
Nicola Sante Olivito
Carmela Scornaieni
CSM-Rogliano (CS)
Via De Gasperi, n. 5
87040 Castrolibero (Cosenza)
Fax: +39-0984-987123
E-mail: pantusa.csm@libero.it
Declaration of Interest: None.

Received 20.03.2007

Revised version received 07.08.2007

Accepted on 07.08.2007

BIBLIOGRAFIA

- Ayuso-Gutierrez J. & Del Rio Vega J. (1997). Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 28, 199-206.
- Barbato A. & D'Avanzo B. (2005). Involuntary placement in Italy. *British Journal of Psychiatry* 186, 542-543.
- Bassi M., Di Giannantonio M., Ferrannini L., Mencacci C., Munizza C., Petrovich L. & Scapicchio PL. (2003). *Politiche Sanitarie in Psichiatria*, pp. 341-353. Masson: Milano.
- Bauer A., Rosca P., Grinshpoon A., Khawaled R., Mester R., Yoffe R. & Ponizovsky A.M. (2007). Trends in involuntary psychiatric hospitalization in Israel 1991-2000. *International Journal of Law and Psychiatry* 30, 60-70.
- Craw J. & Compton M.T. (2006). Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41, 981-988.
- Frick U., Rüesch P., Neuenschwander M. & Rossler W. (2003). Involuntary psychiatric inpatient treatment in the canton of Zurich 1995-2001: How many? Who? How? Which outcome? *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 154, 116-126.
- Gaddini A., Biscaglia L., Bracco R., De Girolamo G., Miglio R., Norcio B., Rossi E., Rucci P. & Santone G. (2007). Caratteristiche dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero o di accoglimento per pazienti psichiatrici acuti: i risultati del censimento nazionale condotto nell'ambito del progetto PROGRES-Acuti. *Psichiatria di Comunità* 6, 37-45.
- Guaiana G. & Barbui C. (2004). Trends in the use of the Italian Mental Health Act, 1979-1997. *European Psychiatry* 19, 444-445.
- Lindamer L.A., Lohor J.B., Harris M.J., McAdams L.A. & Jeste D.V. (1999). Gender related clinical differences in older patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 60, 61-67.
- Pancheri P. (2002). *La Doppia Diagnosi, Disturbi Psichiatrici e Dipendenza da Sostanze*. Scientific Press: Firenze.
- Rittmannsberger H., Sartorius N., Brad M., Burtea V., Capraru N., Cernak P., Demovček M., Dobrin I., Frater R., Hasto J., Hategan M., Haushofer M., Kafka J., Kasper S., Macrea R., Nabelek L., Nawka P., Novotny V., Platz T., Pojar A., Silberbauer C., Fekete S., Wancata J., Windhager E., Zapotoczky H.G. & Zöchling R. (2004). Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries. *European Psychiatry* 19, 483-488.
- Riecher A., Maurer K., Löffler W., Fatkenheuer B., Heiden W., Jørgensen-Munk P., Strömgen E. & Häfner H. (1999). Gender differences in age at onset and course of schizophrenic disorders. A contribution to the understanding of disease? In *Search for the Causes of Schizophrenia*, Vol. II (ed. H. Häfner and W.F. Gattaz). Steinkipff Dietrich-Verlag: Berlin.
- Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L. & Goodwin F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association* 264, 2511-2518.
- Sartorius N., Jablensky A., Korten A., Ernberg G., Anker M., Cooper J.E. & Day R. (1986). Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychological Medicine* 16, 909-928.
- Walker E. & Lewine R.R. (1993). Sampling bases in studies of gender and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 19, 1-7.
- Weinstock L.S. (1999). Gender differences in the presentation and management of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 60, 9-13.