La psicoeducazione nell'implementazione di un percorso integrato per iltrattamento dei disturbi mentali comuni condiviso tra i medici di medicina generale e il centro di salute mentale

Marco Lussetti[1], Luciana Taranto[1], Rita de Lilla[2], Giuseppe Cardamone[1], Team-Disturbi Emotivi Comuni (Team-DEC) [1,3]

[1] Unità Funzionale Salute Mentale Adulti, Area Grossetana, Azienda USL 9 Grosseto;

[2]Medico Medicina Generale, Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) Grosseto Ovest;

[3]Il Team-Disturbi Emotivi Comuni (Team-DEC) è composto da ***Debora Bettiol, Beatrice Ciarpi, Anna del Lesti, M.L., Matteo Madrucci, Rosaria Mafucci, Debora Pratesi, Roberta Salatino, L.T.***

RIASSUNTO

Nel numero del Dicembre 2012 di questa rivista sono stati illustrati i risultati del primo anno del progetto pilota di collaborative care. Nel secondo anno del progetto (2013) sono stati trattati 91 pazienti con l'auto-aiuto guidato (guided self-help) e il trattamento cognitivo comportamentale di gruppo. I pazienti hanno riportato una riduzione statisticamente significativa dei livelli di ansia e depressione e nel 68% dei casi i pazienti hanno raggiunto la recovery.

Semplici approcci psicoeducativi basati sulle tecniche cognitive comportamentali hanno permesso di ottenere buoni risultati clinici, con un uso limitato di risorse. Inoltre è stato possibile integrare efficacemente il lavoro di un servizio di salute mentale con i servizi di medicina di base, aprendo la strada ad un nuovo approccio di salute mentale di comunità per i disturbi mentali comuni.

SUMMARY

On December 2012, results of the first year of a pilot study on collaborative care were reported. During the second year of the study (2013), 91 patients received guided self-help and group cognitive behavioral therapy. Treated patients reported a statistically significant reduction on depression and anxiety levels, and 68% of them achieved recovery.

Simple psychoeducational approaches based on cognitive behavioral techniques have reached good clinical results with a limited use of resources. Results of this study show that it is possible to integrate the work of mental health services with primary care, paving the way for a public mental health approach to common mental disorders.

INTRODUZIONE

"If the development of implementation science is in its infancy, then its application to mental health practice may be considered as embryonic. This has been referred to as 'the translational gap' or 'the quality chasm' between bench and bedside"[1]. In psichiatria, il translational gap è particolarmente grave per i disturbi mentali comuni (DMC) (depressione non psicotica e disturbi d'ansia) con un bisogno non soddisfatto stimato del 48.3%, rispetto al "solo" 8% per altre malattie come il diabete[2]. Nei paesi anglosassoni è stato sviluppato il progetto nazionale "improved access to psychological therapies" (IAPT) allo scopo di offrire un intervento cognitivo comportamentale in "stepped care" ad almeno il 15% della popolazione affetta da DMC[3,4]. Il progetto IAPT si basa su quattro elementi principali[5]:

• I disturbi mentali comuni rappresentano un enorme costo per la nazione.

• I pazienti con DMC riportano alti livelli di carico personale, ma solo il 2% del servizio sanitario nazionale è dedicato al trattamento dei disturbi d'ansia e depressivi.

• Si stima una perdita di forza lavoro pari a 12 miliardi di sterline.

• L'introduzione del progetto IAPT ha un costo stimato di solo 0.6 miliardi di sterline.

La scommessa è di investire nel campo della salute mentale di comunità per risparmiare sui costi sociali dei disturbi mentali comuni ("spend-to-save model")[5,6]. Tra il 2008 e il 2014, sono stati formati 6.000 nuovi terapisti ("Wellbeing Practitioners") e, dal 2013, tutti i 152 Primary Care Trusts hanno un servizio per il trattamento dei DMC[3], con una spesa complessiva inferiore al costo per un anno degli psicofarmaci[7].

Il dipartimento di salute mentale di Grosseto, in occasione di un finanziamento, ha intrapreso un progetto di collaborative care con un gruppo di 9 medici di medicina generale di Grosseto[8]. Durante la definizione del percorso di trattamento, sono stati trattati 17 pazienti[9] ottenendo una diminuzione significativa della depressione, che si è mantenuta, senza uso di psicofarmaci, al follow-up a 6 mesi.

MATERIALI E METODI

Il progetto è proseguito nel 2013 con due obiettivi principali: 1) aumentare il numero di persone trattate, attraverso l'aumento delle ore disponibili di interventi cognitivi comportamentali a bassa intensità (low intensity, cognitive-behavioural therapy, LI-CBT), quali l'auto-aiuto guidato e il trattamento cognitivo comportamentale di gruppo; 2) estendere i precedenti trattamenti a tutti i disturbi mentali comuni (depressione non psicotica e i disturbi d'ansia: disturbo di panico con o senza agorafobia, disturbo d'ansia generalizzato, fobie specifiche, ansia sociale e disturbi ossessivo-compulsivi di gravità medio-bassa), sia per l'alta prevalenza nella popolazione generale dei disturbi con sintomi misti di ansia e depressione, sia per la frequente comorbidità[10,11].

Nel 2013, un infermiere adeguatamente formato (LT) ha lavorato 10 ore alla settimana all'auto-aiuto guidato per i pazienti inviati dai MMG. L'auto-aiuto guidato ha previsto

4 o 5 incontri nei quali l'operatore aiutava la persona ad usare un breve manuale di auto-aiuto. Successivamente, lo psichiatra (ML) ha iniziato i gruppi di trattamento cognitivo-comportamentale. Sono stati creati due gruppi, uno per la depressione e l'altro per i disturbi ansiosi, che hanno previsto 8 incontri complessivi. Per il gruppo sui disturbi dell'umore è stato utilizzato lo stesso materiale psicoeducativo dell'auto-aiuto guidato[12], mentre per i disturbi d'ansia (disturbo di panico e agorafobia; disturbo d'ansia generalizzato e fobie specifiche) è stato sviluppato un manuale ad-hoc "Piccolo manuale di tecniche cognitivo-comportamentale per i disturbi d'ansia", da uno degli autori (ML).

Ai pazienti che hanno partecipato allo studio è stato somministrato il questionario Clinical Outcome for Routine Evaluation (CORE-OM)[13], la scala Generalized Anxiety Disorder a 7 items (GAD-7)[14] e il Patient Health Questionnaire (PHQ-9)[15]. In caso di disturbo di panico, la valutazione è stata integrata con la Panic Disorder Severity Scale (PDSS)[16]. Durante la valutazione iniziale è stato concordato con il paziente l'obiettivo principale da raggiungere con l'intervento e, nel caso di un trattamento di gruppo, la scelta del gruppo più appropriato. La GAD-7 e il PHQ-9 sono state somministrate ad ogni incontro (individuale o di gruppo). Inoltre, è stata considerata la definizione di "recovery" proposta dal progetto IAPT, considerando "recovered" un paziente con punteggio al GAD-7 e al PHQ-9 inferiore a 10.

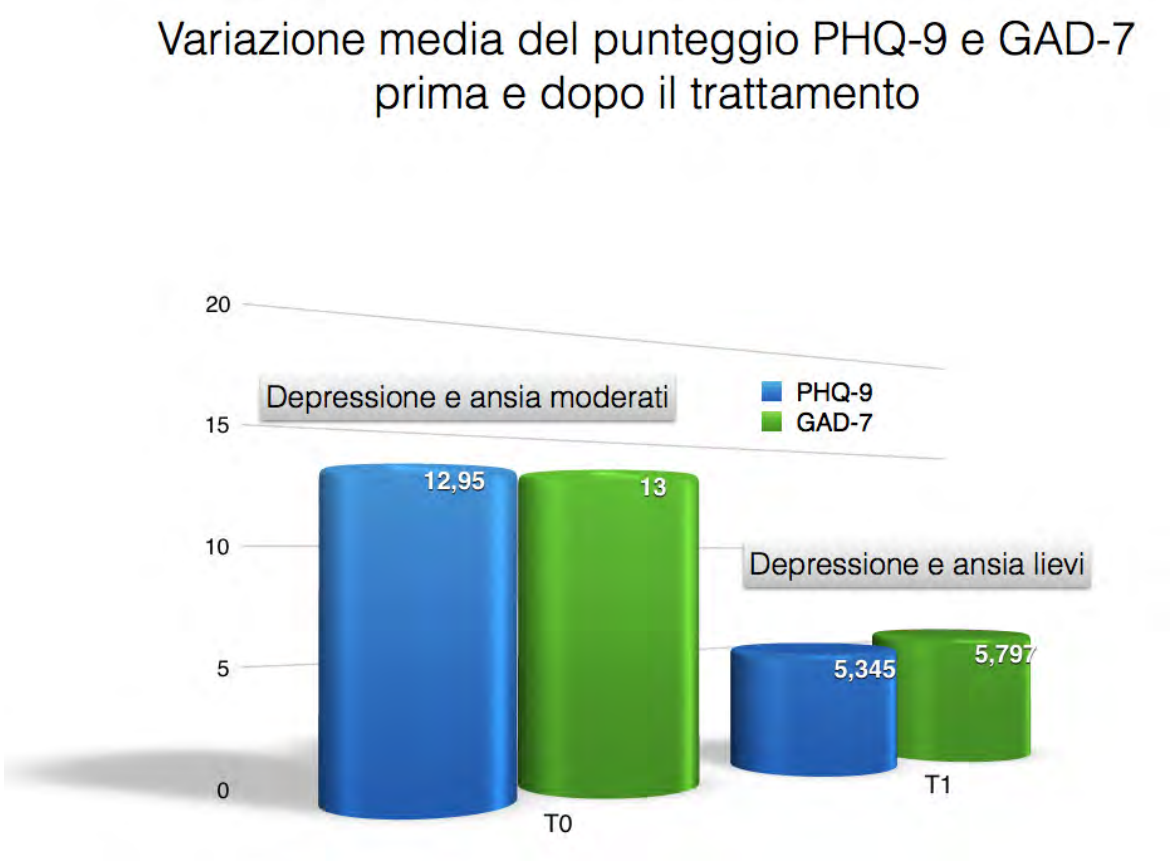
RISULTATI

Descrizione del campione

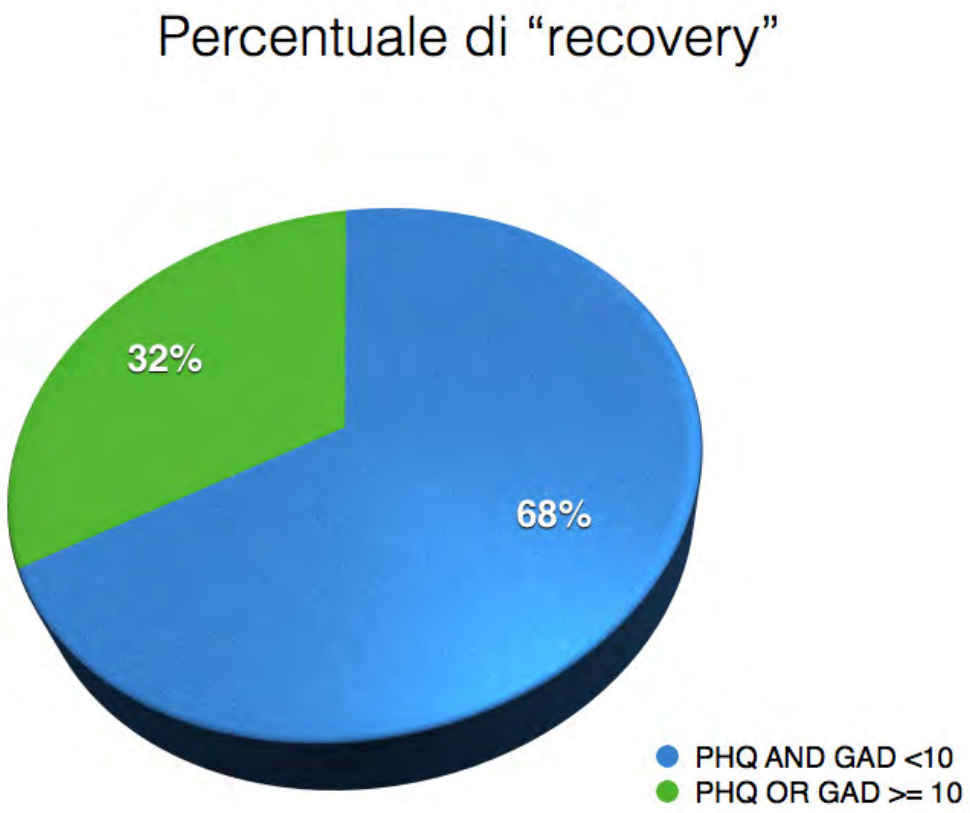
Novantuno pazienti hanno effettuato almeno una visita presso il centro di salute mentale. Il 75% sono donne, con un'età media di 47.2 anni (23-76) ed una mediana di 47 anni. Il 20.9% (19) dei pazienti non hanno proseguito il trattamento. In particolare, 8 hanno rifiutato il trattamento, 8 erano già in carico al servizio, 3 sono state indirizzate ad un trattamento di maggiore intensità di cura. Durante il trattamento, 3 persone hanno cambiato residenza. Il 76,9% ha terminato il trattamento con un numero medio di 5,3 incontri (mediana 5 e range: 2-8).

Efficacia dell'intervento

All'inizio dello studio il campione presentava livelli di ansia (GAD-7: 13) e di depressione moderati (PHQ-9: 12,95). Alla fine del trattamento, è stata osservata una riduzione di circa 7.3 punti alla PHQ-9 (P< 0,0001; IC95% = 5,99-8,65) e di 7.2 al GAD-7 (P< 0.0001; IC 95% = 6,05-8,36) (Figura 1).



La maggior parte dei pazienti (68%) ha raggiunto la recovery, superando il limite di almeno il 50% del campione considerato dal progetto IAPT[17] (Figura 2).



DISCUSSIONE

Il trattamento cognitivo a bassa intensità[18] si è dimostrato fattibile ed efficace nel trattare i disturbi mentali comuni in “collaborative care” fra un servizio di salute mentale per adulti di Grosseto e un gruppo di MMG. La collaborative care è per altro ritenuta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità e dall’Associazione Mondiale dei Medici di Famiglia economicamente fattibile e in grado di offrire importanti benefici economici e di salute[19].

Se esteso a tutto il centro di salute mentale, può fornire una risposta rapida al disagio psichico, riducendo la prescrizione di psicofarmaci e le liste d’attesa. Negli ultimi anni, infatti, i DMC costituiscono quasi la metà delle richieste di prima visita al Centro di Salute Mentale di Grosseto.

L’auto-aiuto guidato si è dimostrato uno strumento molto prezioso, non solo per l’efficacia non inferiore a quella delle psicoterapie[20], ma anche perché molto semplice, basato su un numero limitato di interventi (alcuni possibili anche per telefono o mail), particolarmente adatto a un contesto di collaborative care con i servizi di medicina generale.

In uno studio olandese[21] è il medico di medicina generale che utilizza l’auto-aiuto guidato con i pazienti affetti da disturbi d’ansia. Nel trattamento a bassa intensità, il manuale costituisce il vertice di una relazione di cambiamento triadica[22], dove l’operatore collabora con il paziente per adattare la teoria (manuale) al proprio vissuto del disturbo (manuale integrato con gli esempi della persona). Per questa ragione, è particolarmente importante scegliere il materiale informativo più adatto[23]. Il manuale da noi usato per la depressione[12] è la traduzione di un manuale inglese[24] particolarmente chiaro, sintetico e semplice. Il manuale è arricchito da numerose illustrazioni e spazi liberi dove la persona può scrivere la propria esperienza.

Un manuale disponibile è “Overcoming depression and low mood” di Williams (2009)[25], che in Italia è stato recentemente pubblicato[26], ma tale testo è di difficile fruizione per i pazienti data l’eccessiva richiesta e la necessità di stare concentrati per molto tempo.

Il manuale “Less is more” è stato usato per la prima volta dal poeta inglese Robert Browning. Le sole 19 pagine, illustrate e ricche di spazi bianchi offrono un messaggio chiaro e normalizzante alla persona, cioè che è in grado, con un minimo aiuto, di affrontare il problema (depressione o ansia) da sola. Il manuale, inoltre, obbliga l’operatore a sostenere la persona nel migliorare la sua capacità di fronteggiare il disturbo, evitando di perdersi in spiegazioni del disturbo o del suo trattamento. L’obiettivo, condiviso con il chronic care model, è di avere un paziente informato e attivo, che interagisce con un’équipe preparata e proattiva[27], favorendo l’empowerment della persona e sostenendola in un percorso di recovery. Alcuni studi clinici controllati sulla riduzione dello stress hanno dimostrano che si ottengono risultati negativi rendendo le sedute di programmi psicoeducativi più complessi[28,29].

Per il nostro progetto è stato necessario modificare gli interventi cognitivo-comportamentali di gruppo, già in uso nel nostro Dipartimento da oltre 20 anni[30]. Il primo cambiamento ha previsto l’introduzione di manuali “leggeri”. In particolare, per il gruppo sulla depressione è stato utilizzato lo stesso manuale usato per l’auto-aiuto guidato[12], mentre per i disturbi d’ansia viene usato un manuale specificamente sviluppato che illustra i vari disturbi d’ansia, e dedica un paragrafo alle strategie di coping, alla riduzione dell’evitamento, alla ristrutturazione cognitiva ed alla prevenzione della ricaduta. La realizzazione di un manuale transdiagnostico si è resa necessaria per l’impossibilità di organizzare gruppi omogenei per singolo disturbo (per i quali si usavano manuali specifici per diagnosi[31]). La discreta omogeneità dei trattamenti all’interno del raggruppamento dei disturbi d’ansia rende possibile un approccio transdiagnostico sul quale sono iniziati i primi studi di efficacia[32,33]. L’uso di manuali brevi

permette di ridurre a 8 le sedute bisettimanali e la durata del gruppo ad un mese. L'invio ai gruppi è aperto anche a persone già in carico al centro di salute mentale. L'approccio sperimentale è considerato un trattamento di secondo livello nella stepped care, ma è ancora costo-efficace e in grado di offrire vantaggi specifici del formato di gruppo come l'apprendimento fra pari[33]. Nel modello Grossetano[30] il gruppo terapeutico è anche la fonte principale di invio ai gruppi di auto-mutuo aiuto.

CONCLUSIONI

All'inizio del progetto il gruppo di lavoro ha cercato di individuare i punti essenziali e di provata efficacia nel trattamento a livello di comunità dei disturbi mentali comuni, essenzialmente:

• la collaborative care[34,35] per assicurare il trattamento delle persone che non arriverebbero mai alle cure specialistiche;

• l'organizzazione di una stepped care per offrire interventi psicologici di provata efficacia[10], utilizzando, quando possibile, gli interventi che richiedono la massima partecipazione della persona (empowerment) e il minimo intervento dell'operatore (low-intensity).

La scelta iniziale di includere nel progetto operatori altamente motivati ha promosso un clima di intensa collaborazione e fiducia che ha permesso di scartare alcune ipotesi iniziali non funzionali, quali la focalizzazione della collaborative care sui disturbi depressivi, o un rigido invio da parte del MMG sulla base del solo punteggio delle scale di screening. Essenziale è stato il costante monitoraggio degli esiti durante il trattamento e l'intenso scambio di opinioni ed esperienze, che hanno gradualmente formato, e stanno tuttora plasmando, il progetto di implementazione. Van Daele e coll.[36]definiscono questo metodo in cui si cerca di adottare "fedelmente" strategie basate sulle evidenze e, allo stesso tempo, di adattarle al contesto locale per valorizzare le risorse disponibili, una "empowerment implementation".

Il trattamento di oltre un centinaio di pazienti ha permesso al gruppo di lavoro di acquisire una buona esperienza sulla tecnica psicoeducativa dell'auto-aiuto guidato, e di indirizzare futuri sforzi per ampliare la gamma di trattamenti a bassa intensità di cura.

Attualmente, tre operatori stanno partecipando alla formazione per questo intervento di collaborative care e per il 2015 l'obiettivo è di integrare la collaborative care nelle attività di routine del Dipartimento di Salute Mentale. Un esempio può essere l'adozione di interventi psicoeducativi, in collaborazione con la medicina di base, per la promozione dell'attività fisica, trattamento efficace sia per i sintomi depressivi lievi o moderati[37,38], che utile intervento per ridurre o prevenire il rischio di disturbi cronici dovuti alla vita sedentaria dei pazienti con disturbi mentali gravi[39]. L'integrazione della psichiatria con la medicina generale può favorire gli interventi precoci (early intervention) per i disturbi mentali, facilitando l'accesso alle cure e riducendo lo stigma verso la malattia mentale[40]. L'auto-aiuto guidato sta trovando nuove applicazioni nell'aiutare i familiari di pazienti con esordio psicotico che rifiutano un più impegnativo approccio psicoeducativo[41].

D'altro canto, l'integrazione con il resto dell'équipe di salute mentale rappresenta una sfida per un gruppo di lavoro piccolo, con un'identità "ibrida" a metà strada tra le conoscenze specialistiche e una modalità di lavoro improntata al chronic care model[27], di approccio proattivo, di bassa intensità e su un numero elevato di persone, molto differente dal modo di operare del resto del servizio.

In un recente libro, Roberto Casati[42] commenta in Somnium di Keplero: "Per farci capire in che modo la nostra mente vada in blocco di fronte ai fatti astronomici, Keplero ci ha proposto di liberarci dalla Terra: ovvero di metterci al posto di un osservatore sulla Luna. (…) Un ipotetico astronomo lunare non avrebbe nessuna difficoltà ad accettare l'idea che Tolomeo avesse torto, almeno riguardo all'immobilità della Terra. Il fattore veramente decisivo è il cambiamento del punto di vista. Prima ancora della conoscenza di come vanno veramente le cose". Vedere la psicoeducazione e la psichiatria dal punto di vista della salute mentale di comunità e dei disturbi mentali comuni è stato per noi un po' vivere il sogno di Keplero.

BIBLIOGRAFIA

1. Tansella M, Thornicroft G. Implementation science: understanding translation of evidence into practice. Editorial. Brit J Psychiatry 2009; 195(4): 283-285.
2. Alonso J, Codony M, Kovess V, et al. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. Brit J Psychiatry 2007; 190 (4): 299-306.
3. Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. Int Rev Psychiatry 2011; 23 (4): 375-384.
4. Papworth A. Introduction. In Papworth M, Marrian T, Martin B, Keegan D, Chaddock A. Low intensity cognitive behavior therapy. A practitioner's guide. Los Angeles (CA): Sage; 2013:1-17.
5. Layard R, Bell S, Knapp M et al. The depression report: a new deal for depression and anxiety disorders. London: London School of Economics; 2006.
6. Lussetti M, De Lilla R, Cardamone G. Il costo del mancato trattamento dei Disturbi Mentali Comuni (DMC). È possibile ridurlo? Toscana Medica. 2014; 6/14: 17-18.
7. Ilyas S, Moncrieff J. Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. Brit J Psychiatry 2012; 200 (5): 303-398.
8. Lussetti M, Taranto L, Del Lesti A, Cardamone G. Il trattamento dei Disturbi Mentali Comuni nell'unità funzionale salute mentale adulti di grosseto. Toscana Medica. 2011; 10(11): 12-13.
9. Lussetti M, De Lilla R, Madrucci M, et al. Il trattamento dei Disturbi Mentali Comuni (CMD): una rivoluzione? Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici. 2012.
10. National Collaborating Centre for Mental Health. Common Mental Health Disorders. Identification and pathways to care. 2011. Leichester and London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
11. De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, e al. Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: il progetto ESEMED-WMH. Epidemiologia Psichiatrica Sociale 2005; suppl. 8.
12. Lussetti M (a cura di). Essere depressi e giù d'umore. Una guida all'auto aiuto. Edizione italiana a cura di Marco Lussetti. Arcidosso (GR): Edizioni Effigi; 2013.
13. Barkham M, Gilbert N, Connell J, Marshall C, Twigg E. Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. Brit J Psychiatry 2005; 186 (3): 239-246.

14. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder. The GAD-7. Arch Intern Med 2006; 166(10): 1092-1097.
15. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16(9): 603-613.
16. Shear MK, Rucci P, Williams J, et al. Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. J Psychiatr Res 2001; 35(5): 293–296.
17. Gyani A, Shafran R, Layard R, Clark DM. Enhancing recovery rates: lessons from year one of IAPT. Behav Res Ther 2013; 51(9): 597-606.
18. Bennett-Levy J, Richards D, Farrand P, et al. Edts. Oxford guide to low intensity CBT interventions. Oxford: Oxford University Press; 2010.
19. WHO, WONCA. Integrating mental health into primary care. A global perspective. WHO Press; 2008. http://www.who.int/mental_health/policy/Mental%20health%20+%20primary%20care-%20final%20low-res%20120109.pdf
20. Cuijpers P, Donker T, van Straten A, Li J, Andersson G. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analyis of comparative outcome studies. Psychol Med. 2010; 40 (12):1943-1957.
21. van Boeijen CA, van Oppen P, van Balkom AJLM, et al. Treatment of anxiety disorders in primary care practice. A randomized trial. Brit J Gen Pract. 2005; 55 (519): 763-769.
22. Chaddock A. The therapeutic relationship. A big deal or no deal? In Papworth M, Marrian T, Martin B, Keegan D, Chaddock A. Low intensity cognitive behavior therapy. A practitioner's guide. Los Angeles: Sage; 2013: 69-84.
23. Richards DA, Farrand P. Choosing self-help books wisely: sorting the wheat from chaff. InBennett-Levy J, Richards D, Farrand P, et al. Edts. Oxford guide to low intensity CBT interventions. Oxford: Oxford University Press; 2010: 201-207.
24. Lucock M, Kirby R, Wainwright N. A pragmatic randomized controlled trial of guided self-help intervention versus a waiting list control in routine primary care mentale health service. Brit J Clinical Psychology 2011; 50 (2): 298-309.
25. Williams C. Overcoming depression and low mood. A five areas approach. 3rd edition. London: Hodder Arnold; 2009.
26. Leveni D, Michelin P, Piacentini D. Superare la depressione. Un programma di terapia cognitivo-comportamentale. Firenze: Eclipsi; 2014.
27. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translation evidence into action. Health Aff 2001; 20 (6): 64-78.
28. van Daele T, Hermans D, van Audenhove C, van den Bergh O. Stress reduction through psychoeducation. A meta-analytic review. Health Educ Behav. 2012; 39(4): 474-485.
29. Richardson KM, Rothstein HR. Effect of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. J Occup Health Psychol 2008; 13 (1): 69-93.
30. Lussetti M. La diffusione del trattamento dell'ansia nei servizi pubblici. In Andrews G, Creamer M, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A. Trattamento dei disturbi d'ansia. Guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo. Torino: Centro Scientifico Editore; 2003: 597-606.
31. Andrews G, Creamer M, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A. Trattamento dei disturbi d'ansia. Guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo. Torino: Centro Scientifico Editore; 2003.
32. McManus F, Shafran R. Transdiagnostic approaches for anxiety disorders. In Whittington A, Grey N (Edts). How to become a more effective CBT therapist. Mastering metacompetence in clinical practice. Chichester: Wiley-Blackwell; 2014: 104-119.
33. Söchtinh I. Cognitive behavioral group psychotherapy. Challenges and opportunities. Chichester: Wiley-Blackwell; 2014.
34. Byrd MR, O'Donohue WT, Cummings NA. Introduction. The case for integrated care: coordinating behavioral health care with primary care medicine. In O'Donohue WT, Byrd MR, Cummings NA, Henderson DA (Edts). Washington D.C.: American Psychological Association Press; 2005: 1-14.
35. Gilbody S, Richard D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. Brit J Psychiatry 2006; 189 (129): 484-493.
36. van Daele, van Audenhove CV, Hermans D, van den Bergh O, van den Broucke S. Empowerment implementation: enhancing fidelity and adaption in psycho-educational intervention. Health Promotion 2014; 29(2): 212-222.
37. Bolognesi S, Goracci A, Fagiolini A. Physical activity and mental health, psychological and physiological mechanisms. In Probst M, Carraro A (Eds.). Physical Activity and Mental Health. A practice-oriented approach. Milano: Edizioni Ermes; 2014. eBook cap. 3.
38. Otto MW, Smith JAJ. Exercise for mood and anxiety. Proven strategies for overcoming depression and enhancing well-being. Oxford: Oxford University Press; 2011.
39. Richardson CR, Faulkner G, McDevitt J, Skrinar GS, Hutchinson DS, Piette JD. Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. Psychiatr Serv 2005; 56(3): 324-331.
40. Rosen A, Byrne P, Goldstone S, McGorry P. Early intervention for better mental health. In Byrne P, Rosen A (Edts). Early intervention in psychiatry: early intervention of nearly everything for better mental health. Chichester: Wiley-Blackwell; in press.
41. Lobban F, Glentworth D, Chapman L, Wainwright L, Postlethwaite A, Dunn G, Pinfold V, Larkin W, Haddock G. Feasibility of a supported self-management intervention for relatives of people with recent-onset psychosis: REACT study. Brit J Psychiatry. 2013; 203 (5): 317-319.
42. Carati R. Dov'è il sole di notte? Lezioni atipiche di astronomia. Milano: Cortina; 2013.