

Insegnare l'approccio biopsicosociale nella conduzione dell'intervista medica *prima* di insegnare a riconoscere i disturbi emotivi

*The importance to teach a biopsychosocial approach to medical interviewing before teaching
the recognition of emotional disorders*

CHRISTA ZIMMERMANN, LIDIA DEL PICCOLO, ANNA SALTINI

PREMESSA

I progressi tecnici e scientifici in medicina, con la creazione di nuove specializzazioni e la conseguente frammentazione delle competenze, hanno fortemente contribuito a ingabbiare il ruolo e le funzioni del medico in una prospettiva strettamente biomedica e a privilegiare una formazione centrata esclusivamente sul sintomo e sulla malattia.

A fronte di questa tendenza che riguarda la maggior parte delle discipline mediche, negli ultimi decenni si è assistito ad un crescente interesse nei confronti delle dimensioni psicologiche e sociali della salute e della malattia che ha trovato il suo riconoscimento ufficiale nel modello biopsicosociale delle malattie (Engel, 1977). L'attenzione agli aspetti psicosociali, che qualifica la medicina centrata sul paziente, occupa infatti un ruolo chiave in rapporto alla qualità dell'assistenza e della cura (Engel, 1978; Fallow-

field, 1992; Zimmermann & Tansella, 1996; Smith, 1997; Saltini, 1997a, b) e contribuisce a contenere gli effetti di uno dei maggiori problemi di salute pubblica, vale a dire gli alti costi che derivano dall'inafficienza e dall'uso improprio dei servizi e dall'aumento delle disabilità dovute anche alla scarsa qualità dell'assistenza (Üstün & Sartorius, 1995).

Come ampiamente documentato da numerosi studi, l'approccio globale al paziente, e quindi l'acquisizione di informazioni non esclusivamente a contenuto biomedico, rappresenta uno strumento specifico del medico in quanto condiziona il conseguimento degli obiettivi professionali, come ad esempio, per citarne soltanto alcuni, l'accuratezza diagnostica, il riconoscimento dei disturbi psichici, il grado di adesione al trattamento e di comprensione delle informazioni da parte del paziente, la soddisfazione del paziente e del medico stesso (Carter *et al.*, 1982; Roter *et al.*, 1987; Hall *et al.*, 1988; Suchman & Matthews, 1988; Bertakis *et al.*, 1991; Ong *et al.*, 1995; Stewart, 1984; Davenport *et al.*, 1987; Verhaak, 1988; Henbest & Stewart, 1990; Smith & Hoppe, 1991; Goldberg *et al.*, 1993; Winefield *et al.*, 1995; 1996; Ram *et al.*, 1998; Weinman & Dale, 1998).

A differenza di quanto è avvenuto nei paesi anglosassoni in seguito al rapporto del 1977 dell'*American*

Indirizzo per la corrispondenza: Professor Christa Zimmermann, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Servizio di Psicologia Medica, Università di Verona, Ospedale Policlinico, 37134 Verona.

Fax: + 39-045-585.871

E-mail: christa@borgoroma.univr.it

Board of Internal Medicine (American Board of Internal Medicine, 1979) che ha evidenziato la necessità dello sviluppo di nuove competenze per un'assistenza globale e quindi centrata sul paziente, nel nostro paese la formazione ad un'approccio centrato sul paziente (introdotto nel 1986/87 con il nuovo ordinamento del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia) è stata generalmente molto meno sostenuta nella fase di pianificazione e la sua realizzazione ha incontrato notevoli ritardi e un lungo periodo di transizione.

L'attuazione dei programmi formativi e la loro valutazione richiederebbe una maggiore disponibilità di risorse; tuttavia, a nostro avviso, si impone anche un'attenta riflessione su come tradurre il modello biopsicosociale nella pratica medica in modo che lo studente si possa identificare con esso, non solamente a parole, ma anche nei fatti, e in modo che il medico che si è formato in un'epoca dominata dal modello biomedico sia stimolato ad aggiornare una prassi non più corrispondente alle nuove esigenze professionali. Questa riflessione è soprattutto necessaria quando, come succede nella maggior parte delle Facoltà di Medicina in Italia, l'insegnamento dell'approccio olistico alla salute e alla malattia e ad appropriate tecniche di interazione col paziente viene delegato a docenti di psicologia clinica o psicologia medica, perpetuando in questo modo la separazione tra biomedico e psicosociale che lascia allo studente il compito più difficile dell'integrazione. Smith (1999), nel suo editoriale che appare in questo stesso numero di EPS, evidenzia molto bene i vantaggi che derivano da un insegnamento unificato.

IL MODELLO BIOPSIOSOCIALE: UNA SFIDA ANCORA APERTA

Il modello biopsicosociale (Engel, 1978; 1980; Feinstein, 1987), che descrive il paziente come un insieme integrato di componenti biologiche, psicologiche e sociali spiegandone le interazioni, ha contribuito a fornire una più completa definizione dell'attività e delle funzioni del medico. In base all'assunto del modello biopsicosociale, l'attività del medico non si configurerebbe più come esclusiva applicazione di conoscenze biomediche, ma anche come prassi centrata sulla persona malata (Weiss, 1973; Brody, 1973).

Il modello non fornisce però indicazioni precise rispetto a «come» la prassi centrata sulla persona malata si concretizza nell'interazione con il paziente. Questo limite (vedi anche il già citato editoriale di Smith) ha reso difficile l'attuazione di modelli for-

mativi condivisi e spiega anche la notevole diversità di contenuto, metodo, orientamenti scientifici e professionali delle formazioni esistenti.

Inizialmente, la traduzione pratica del prezioso contributo di Engel è stata ritardata per effetto della novità rappresentata dall'introduzione in medicina di elementi psicologici e sociali. Prevalendo l'attenzione per i «nuovi» contenuti, sono progressivamente passati in secondo piano le reali esigenze professionali e gli obiettivi di assistenza e di cura. Ciò ha contribuito a rinforzare la già diffusa opinione che l'interazione con il paziente richieda strumenti di intervento estremamente sofisticati, come quelli psicologici, e quindi non di pertinenza del medico oppure, all'estremo opposto, a tradurre erroneamente l'attenzione agli aspetti psicologici e sociali in una generica «sensibilità umana» e in un atteggiamento paternalistico che, naturalmente, a poco servono per rispondere alle esigenze della pratica professionale (Duffy *et al.*, 1980; Williamson *et al.*, 1981). In altri termini, la complessità introdotta dalla forte attrazione esercitata dagli elementi psicologici e sociali ha indotto il medico a ritornare, per così dire, sui propri passi e all'approccio biomedico tradizionale.

Successivamente, gli sforzi e l'attenzione sono stati sempre più orientati all'identificazione del modo più economico ed efficace per consentire al medico di acquisire le informazioni a contenuto psicosociale funzionali ad un approccio globale al paziente. In questo senso, l'intervista centrata sul paziente rappresenta il più importante contributo e la più appropriata integrazione alla modalità tradizionale di intervistare i pazienti, vale a dire quella centrata sul medico (McWhinney, 1989; Levenstein *et al.*, 1989; Henbest & Stewart, 1990; Kaplan *et al.*, 1989; Smith & Hoppe, 1991; Smith, 1997).

Nonostante i notevoli investimenti in termini di risorse umane ed economiche, molti programmi di formazione all'intervista centrata sul paziente non sono però risultati efficaci nel modificare a lungo termine la pratica, restando infatti essa caratterizzata da un approccio essenzialmente centrato sul medico (Jones *et al.*, 1988; Roter *et al.*, 1990; Smith *et al.*, 1994). I deludenti risultati ottenuti hanno però consentito di mettere in evidenza i motivi sottostanti alla difficoltà di mettere in pratica l'approccio centrato sul paziente da parte di chi era stato formato ad utilizzarlo e di identificare i problemi riguardanti la pianificazione dei corsi e la metodologia didattica adottata. Accanto all'identificazione e all'approfondimento degli strumenti utili per interagire con il paziente in una prospettiva ad ampio spettro, si è infat-

ti evidenziata la necessità di avere una chiara consapevolezza delle particolari situazioni o esigenze professionali per le quali l'approccio centrato sul paziente sia indispensabile.

Pertanto, per colmare in modo efficace le lacune formative ampiamente documentate in letteratura e per pianificare un intervento formativo pertinente è necessario partire «dalla fine», considerando in primo luogo i compiti del medico, in altri termini, considerando in funzione di quali obiettivi di assistenza e di cura l'approccio globale al paziente e l'utilizzazione degli strumenti che lo qualificano rappresenti una priorità assolutamente imprescindibile.

Attualmente, il più evidente ostacolo alla realizzazione di un'efficace formazione all'approccio globale al paziente consiste nel tipo di modello adottato per la pianificazione dell'insegnamento delle discipline cliniche. Anziché pianificare l'insegnamento in funzione della «soluzione dei problemi di salute» e dell'acquisizione di competenze e abilità specifiche, vale a dire, in funzione di obiettivi che rispondono a precisi bisogni formativi (WHO, 1987; Guilbert, 1992), nella pratica didattica più diffusa è ancora ampiamente privilegiato l'insegnamento centrato sul docente e quindi sulla trasmissione di conoscenze. Inoltre, poco spazio è riservato alla collaborazione multidisciplinare funzionale alla definizione di obiettivi di formazione generali comuni e ad un'efficace supervisione delle interazioni degli studenti con i pazienti.

Nella pratica didattica più diffusa, questa indispensabile integrazione tra discipline appartenenti ad aree differenti tra loro (cliniche, psicologiche e psichiatriche) viene di rado adottata. Venendo meno questa integrazione si continua a perdere di vista il ruolo e la funzione del medico come suggeriti dal modello biopsicosociale e le risorse disponibili non sono orientate all'identificazione di una risposta da tradurre nella pratica didattica. Per queste ragioni gli studenti si trovano nella situazione contraddittoria e frustrante di apprendere contenuti e competenze innovative centrate sul paziente da applicare in un contesto diverso (l'esperienza clinica in corsia prevista dal corso di studi), nel quale l'applicazione sistematica e continuativa di queste nuove abilità raramente è apprezzata ed incoraggiata.

LE NUOVE ESIGENZE PROFESSIONALI IN MEDICINA

Le nuove richieste dell'utenza, il ruolo del medico di medicina generale e la presa in carico dei pazienti

con malattia organica grave, ad esito infausto o cronica (si pensi, in quest'ultimo caso all'estensione del fenomeno della non adesione al trattamento e alle prescrizioni riguardanti lo stile di vita – Saltini, 1997b) rappresentano gli esempi più evidenti delle nuove funzioni del medico e delle competenze che, nel mondo occidentale, appaiono attualmente pertinenti e prioritarie per la sua formazione. Considerando gli esempi sopra citati, l'elemento comune è rappresentato dalla necessità di migliorare il modo di comunicare con il paziente che consiste essenzialmente nel metterlo nella condizione di riferire i contenuti utili al medico per il conseguimento dei propri obiettivi professionali di assistenza e di cura.

Nel contesto della medicina generale ciò significa comprendere il modo di procedere del paziente durante il colloquio, tenendo conto, a questo scopo, dei vari aspetti che concorrono a determinare la richiesta di consultazione. Tra questi aspetti i fattori sociali, come la disponibilità di supporto sociale, l'aiuto familiare, le opinioni del gruppo sociale (Chen *et al.*, 1989; Pini *et al.*, 1995), e individuali, come le esperienze precedenti di malattia, il significato attribuito ai sintomi, il tipo di personalità, le strategie di adattamento adottate, le conoscenze sulla salute e sulla malattia, il giudizio soggettivo di gravità (Weich *et al.*, 1995; 1996; Good *et al.*, 1987) sono quelli che maggiormente contribuiscono alle valutazioni del paziente. Esse si traducono in opinioni e «teorie» sui sintomi e sul trattamento giudicato più opportuno e, di conseguenza, in preoccupazioni e in precise aspettative nei confronti della consultazione, caratterizzando il modo di procedere dei pazienti durante il colloquio con il medico.

Altri fattori ancora, come la presenza di eventi stressanti e problemi sociali, il grado di interferenza dei sintomi con la vita sociale e lavorativa o la necessità di trovare una conferma esterna del proprio «ruolo di malato» rappresentano invece gli «attivatori» della richiesta di consultazione (Freidson, 1970; Chen *et al.*, 1989; Zimmermann & Siciliani, 1990; Beisecker & Belseker, 1990; Van de Kar *et al.*, 1992; Pini *et al.*, 1995; Cameron *et al.*, 1995). Contrariamente all'opinione più diffusa, rispetto a tali fattori la maggior parte dei pazienti della medicina generale ha una attitudine positiva a confidare al medico la eventuale presenza (Del Piccolo *et al.*, 1998).

Per quanto riguarda le condizioni di malattia sopra citate a titolo di esempio, la questione non è principalmente quella della guarigione, ma soprattutto quella di mantenere e trattare lo stato di fun-

zionamento del paziente e prevenire le complicazioni. Inoltre, diversamente dalle condizioni di malattia acuta, la presa in carico del paziente comporta una permanenza delle prestazioni, un'attenzione continua nei suoi confronti e, pertanto, un diverso ruolo terapeutico rispetto a quello definito in base al tradizionale modello biomedico. Ciò ha contribuito a evidenziare le differenze sostanziali tra le competenze necessarie per affrontare le situazioni acute e quelle necessarie per conseguire obiettivi terapeutici di diversa natura propri della presa in carico del paziente.

Il modello della figura 1 deriva dal *Process Model of Stress and Coping* di Lazarus & Folkman (1984), da noi semplificato e modificato in modo da renderlo applicabile al contesto della pratica e funzionale all'intervista medica, con pazienti ambulatoriali e ricoverati (Zimmermann, 1996). Il modello mostra che per intervenire in modo efficace e conseguire un obiettivo fondamentale come quello rappresentato dall'adattamento alla condizione di malattia, il medico necessita della partecipazione attiva del paziente e della condivisione della responsabilità terapeutica.

Come è mostrato dal modello, l'evento malattia o la convivenza con essa si traducono per il paziente in una «esperienza di malattia» che coinvolge, oltre agli aspetti strettamente organici, anche aspetti emotivi e psicosociali. La mobilitazione da parte del paziente delle risorse necessarie per far fronte alla malattia corrisponde notoriamente ad un processo circolare che si sviluppa attraverso la successione di tre fasi (Heim, 1995): percezione di un cambiamento, elaborazione cognitiva delle informazioni (valutazione dell'impatto e delle possibili conseguenze) e risposta alla situazione. La qualità delle risposte, che corrisponde all'efficacia delle strategie messe a punto dal paziente durante il processo di adattamento all'esperienza di malattia, è da considerarsi in rapporto alla loro funzionalità rispetto all'obiettivo di assistenza e di cura del medico. Ciò richiede che il medico stabilisca con il paziente una relazione che lo faciliti a mettere in evidenza i problemi al fine di comprenderne l'esatta natura e di definire, di conseguenza, gli obiettivi (Brown *et al.*, 1995), con il coinvolgimento attivo del paziente (strategie di *coping*).

È evidente che prendere in considerazione tali aspetti significa guardare alla relazione tra medico e paziente in un'ottica totalmente differente rispetto a quella che siamo abituati a considerare in base al tradizionale modello biomedico. Infatti, il rapporto medico-paziente deve qualificarsi come una «relazione adulto-adulto», rispetto alla quale il medico as-

sumerebbe progressivamente il ruolo di «moderatore» tra la malattia ed il paziente.

IL CORSO DI PSICOLOGIA MEDICA DELLA FACOLTA DI MEDICINA DI VERONA

A Verona, come nella maggior parte delle Facoltà di Medicina italiane, la raccolta dell'anamnesi (l'intervista medica tradizionale) viene insegnata al IV anno durante il corso di Metodologia Clinica e prevede la partecipazione degli studenti a gruppi tutoriali (Vettore, 1994). L'approccio centrato sul paziente, invece, è materia di insegnamento del corso di Psicologia Medica che fa parte del Corso integrato di Metodologia Clinica. I due insegnamenti sono quindi separati, nonostante riguardino un'unica abilità, cioè quella di saper condurre un'intervista medica che contemporaneamente consideri gli aspetti biologici, psicologici e sociali della malattia e perciò richieda l'integrazione di tecniche d'intervista sia centrate sul medico che sul paziente (Smith, 1997). Per attenuare alcuni dei molti effetti controproducenti di questa separazione, era importante familiarizzare al nostro corso i docenti e i *tutors* che insegnano a raccogliere i dati anamnestici e supervisionano la pratica clinica degli studenti al fine di concordare punti d'incontro (ad esempio, rispetto alla struttura dell'intervista medica e alla scheda per la raccolta dell'anamnesi, al testo da studiare e agli interventi centrati sul paziente da attuare in corsia). Inoltre, il corso (in termini di obiettivi, competenze professionali da sviluppare e contenuti) doveva essere pianificato in modo tale da consentire ai futuri medici di sentirsi rinforzati nella propria identità professionale e, quindi, di potersi identificare con le nuove abilità proposte, evitando il rischio di una confusione di ruolo che spesso si osserva quando gli studenti di medicina iniziano lo studio delle discipline psicologiche-psichiatriche.

Senza entrare nei dettagli della pianificazione del corso, (Saltini & Zimmermann, in stampa) e sulle competenze insegnate riguardanti sostanzialmente l'approccio centrato sul paziente come proposto da Smith (1997), ci sembra più utile in questo contesto evidenziare come la già citata cornice di riferimento (figura 1) abbia permesso di definire i contenuti della prima parte dell'intervista medica (che necessariamente è centrata sul paziente) e come questi contenuti non possono emergere, se il medico non ha imparato ad usare le tecniche d'intervista centrate sul paziente.

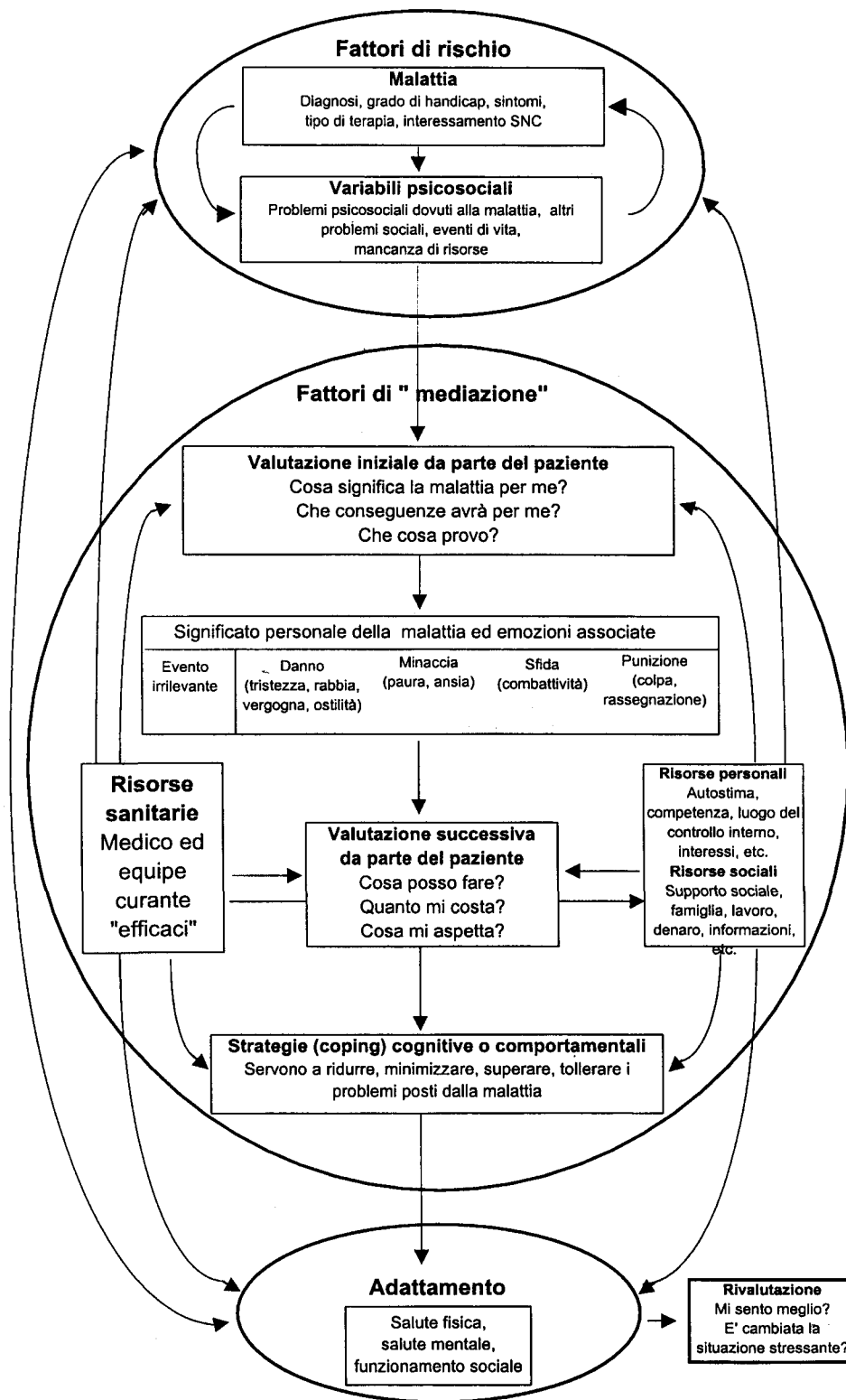


Figura 1. L'applicazione del modello biopsicosociale nella pratica medica (da: Zimmermann, 1996).

Il modello dà indicazioni precise su come applicare l'approccio biopsicosociale nella pratica clinica. Non solo identifica i contenuti di una intervista centrata sul paziente, ma guida lo studente nelle sue osservazioni durante il colloquio, lo aiuta a comprendere il loro significato, gli indica quali informazioni fornite dal paziente sono da approfondire e suggerisce infine la direzione degli interventi successivi. La comprensione dei meccanismi attraverso i quali gli eventi di vita, i problemi sociali, le caratteristiche della malattia, le risorse personali e sociali, le emozioni e le convinzioni condizionano la salute fisica e mentale del paziente (vedi figura 1) orienta spontaneamente l'attenzione dello studente ai segnali verbali e non verbali del paziente e da essi alle informazioni psicosociali che emergono. La cornice di riferimento aiuta inoltre lo studente a superare la sua documentata difficoltà (Williamson *et al.*, 1981; Platt & McMath, 1979) nel considerare la dimensione psicosociale delle malattie e nel porre le domande appropriate. Le domande che mirano al psicosociale diventano appropriate quando partono dalle lamentele fisiche e dalle malattie del paziente, rendendole in tale modo più accettabili sia per lo studente che per il paziente, in quanto vissute come meno «invasive» o personali rispetto alla *privacy* del paziente. Le domande chiave in questo senso sarebbero, ad esempio, quelle aperte che esplorano come i sintomi e la malattia abbiano interferito con i vari aspetti della vita del paziente, cosa il paziente teme di più della sua attuale malattia, quale è stato il problema da affrontare da quando si è ammalato e come lo stia affrontando.

Il corso è stato quindi pianificato con l'intento di far acquisire agli studenti specifiche competenze osservabili corrispondenti agli attuali bisogni formativi in termini di un approccio centrato sul paziente. Non a caso il raggiungimento dei tre obiettivi generali del corso di Psicologia Medica contribuisce, nello stesso tempo, a due funzioni fondamentali dell'intervista medica e quindi dell'operare medico: comprendere tutti i problemi del paziente e stabilire con lui una relazione terapeutica di fiducia e collaborazione (Cohen-Cole, 1991). Questi obiettivi sono:

1. Applicare le tecniche che facilitano il paziente nel dare tutte le informazioni utili per comprendere i suoi problemi «biopsicosociali» (la raccolta di informazioni complete, accurate e attendibili);
2. Applicare, nei momenti appropriati, le tecniche che facilitano l'emergere dei vissuti emotivi e che permettono al medico di gestire le emozioni, una

volta espresse (la costruzione di una relazione terapeutica);

3. Identificare l'impatto della malattia o dei sintomi sulla qualità di vita del paziente e valutare la qualità delle sue strategie di *coping* (identificare i pazienti a rischio di un cattivo adattamento alla malattia).

La valutazione del conseguimento degli obiettivi è stata oggetto di particolare interesse e numerose modifiche sono state apportate al corso per renderlo più efficace. La modalità didattica (che prevede il lavoro in piccoli gruppi e il confronto con il docente) più funzionale al conseguimento degli obiettivi comprende l'uso di vignette e di trascrizioni di colloqui nel contesto ospedaliero e della medicina di base, la simulazione di colloqui con pazienti «attori», l'uso di di videoregistrazioni e, infine, esercitazioni pratiche d'intervista con pazienti ricoverati nei reparti di medicina e chirurgia dell'ospedale.

CONCLUSIONI

Una psichiatria sociale moderna non può ignorare il ruolo centrale che essa è chiamata a svolgere nel rendere efficace ed efficiente l'interfaccia con i servizi di medicina generale e ospedalieri (Tansella & Thornicroft, 1999); a tale scopo è necessario che i medici ricevano una formazione adeguata al ruolo che essi sono chiamati a svolgere. Solo così essi potranno occuparsi di pazienti con disturbi psichici, associati o meno a disturbi somatici, che sarebbe improprio e costoso affidare ai servizi specialistici.

È importante ribadire che tale formazione non può prescindere dalle considerazioni espresse in questo editoriale. Esse anzi rappresentano la premessa necessaria ad ogni attività formativa che miri ad aumentare le abilità dei medici nel riconoscere e trattare i disturbi psichici che si incontrano più frequentemente nella medicina generale, come la depressione e i disturbi d'ansia. Non a caso tali considerazioni sono state da noi «messe in pratica» nella pianificazione del Corso di Psicologia Medica (4° anno di Medicina) che precede quello di Psichiatria (5° anno). Oltre a rappresentare un'indispensabile premessa delle attività didattiche finalizzate ad insegnare ai medici a riconoscere i sintomi ed i disturbi psichici, il miglioramento delle loro abilità comunicative comporta dei vantaggi che vanno oltre agli obiettivi specifici della nostra area didattica e scientifica (psicologia e psichiatria), in quanto rispondono alle esigenze pro-

fessionali complessive dei medici e permettono di soddisfare in modo appropriato i bisogni di tutti i loro pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- American Board of Internal Medicine (1979). Clinical competence in internal medicine. *Annals of Internal Medicine* 90, 402-411.
- Beisecker A.E. & Beiseker T.D. (1990). Patient information-seeking behaviours when communicating with doctors. *Medical Care* 1, 19-28.
- Bertakis K.D., Roter D. & Putman S.M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice* 32, 175-181.
- Brody H. (1973). The systems view of man: implications for medicine, science and ethics. *Perspectives in Biology and Medicine* 17, 71-92.
- Brown J.B., Stewart M. & Tessier S. (1995). *Assessing Communication between Patient and Doctor: a Manual for Scoring Patient-centred Communication*. CSFM Working Papers Series, August 1995.
- Cameron L., Leventhal E. & Leventhal H. (1995). Seeking medical care in response to symptoms and life stress. *Psychosomatic Medicine* 57, 37-47.
- Carter W.B., Inui T.S., Kukull W. A. & Haigh V.H. (1982). Outcome-based doctor-patient interaction analysis. II. Identifying effective provider and patient behaviour. *Medical Care* 20, 550-566.
- Chen C., Liang Y. & Hsieh W. (1989). Evaluation of clinical diagnosis and stressful life events in patients at a rural family practice center. *Family Practice* 6, 259-262.
- Cohen-Cole S.A. (1991). *The Medical Interview: The Three Function Approach*. Mosby-Year Book: St. Louis.
- Davenport S., Goldberg D., Millar T. (1987). How psychiatric disorders are missed during medical consultations. *Lancet* 2, 439-441.
- Del Piccolo L., Saltini A., Zimmermann Ch. (1998). Which patients talk about stressful life events and social problems to the general practitioner? *Psychological Medicine* 28(6), 1289-1299.
- Duffy D.L., Hamerman D. & Cohen M.A. (1980). Communication skills of house officers. *Annals of Internal Medicine* 93, 354-357.
- Engel G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, 129-136.
- Engel G.L. (1978). The psychosocial model and the education of health professionals. *Annals of NY Academy Sciences* 310, 169-181.
- Engel G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry* 137, 535-544.
- Fallowfield L. (1992). The ideal consultation. *British Journal of Hospital Medicine* 47, 364-367.
- Feinstein A.R. (1987). The intellectual crisis in clinical science: medaled models and muddled mettle. *Perspectives in Biology and Medicine* 30, 215-230.
- Freidson E. (1970). *Profession of Medicine: A Study in the Sociology of Applied Knowledge*. Dodd Mead: New York.
- Goldberg D.P., Jenkins L., Millar T. & Faragher E.B. (1993). The ability of trainee general practitioners to identify psychological distress among their patients. *Psychological Medicine* 23, 185-193.
- Good M.J., Good B.J. & Cleary P.D. (1987). Do patient attitudes influence physician recognition of psychosocial problems in primary care? *Journal of Family Practice* 25, 53-59.
- Guilbert J.J. (1992) *Educational Handbook for Health Personnel*. World Health Organization: Geneva.
- Hall J.A., Roter D.L. & Katz N.R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters. *Medical Care* 26, 657-675.
- Heim E. (1995). Coping-based intervention strategies. *Patient Education Counselling* 26, 145-151.
- Henbest R.J. & Stewart M.A. (1990). Patient-centeredness in the consultation. 2: does it really make a difference? *Family Practice* 7, 28-34.
- Jones L.R., Badger L.W., Ficken R.P., Leeper J.D. & Anderson R.L. (1988). Mental health training of primary care physicians: an outcome study. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 18, 107-121.
- Kaplan S.H., Greenfield S. & Ware J.E. (1989). Impact of the doctor-patient relationship on outcomes of chronic disease. In *Communicating with Medical Patients* (ed. M. Stewart and D. Roter). Sage Publications: London.
- Lazarus R.S. & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer: New York.
- Levenstein J.H. et al. (1989). Patient centered clinical interviewing. In *Communicating with Medical Patients* (ed. M. Stewart and D. Roter). Sage Publications: London.
- McWhinney I. (1989). The need for a transformed clinical method. In *Communicating with Medical Patients* (ed. M. Stewart and D. Roter). Sage Publications: London.
- Ong L.M.L., De Haes J.C.J.M., Hoos A.M. & Lammes F.B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine* 7, 903-918.
- Pini S., Piccinelli M. & Zimmermann-Tansella Ch. (1995). Social problems as factors affecting medical consultation: a comparison between general practice attenders and community probands with emotional distress. *Psychological Medicine* 25, 33-41.
- Platt F.W. & McMath J.C. (1979). Clinical hypocompetence: the interview. *Annals of Internal Medicine* 91, 898-902.
- Ram P., Grol R., van den Hombergh P., Rethans J., van der Vleuten C. & Aretz K. (1998). Structure and process: the relationship between practice management and actual clinical performance in general practice. *Family Practice* 15(4), 354-362.
- Roter D.L., Hall J.A. & Katz N.R. (1987). Relations between physicians' behaviours and analogue patients' satisfaction, recall and impressions. *Medical Care* 25, 437-451.
- Roter D.L., Cole K.A., Kern D.E., Barker L.R. & Grayson M. (1990). An evaluation of residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice. *Journal of General Internal Medicine* 5, 347-354.
- Saltini A. (1997a). Il riconoscimento dei disturbi emotivi nella medicina di base: il ruolo della comunicazione medico-paziente. *Quaderni Italiani di Psichiatria* 1, 5-27.
- Saltini A. (1997b). La prescrizione del trattamento ed il problema dell'adesione alla cura da parte del paziente. *Recenti Progressi in Medicina* 88, 439-447.
- Saltini A. & Zimmermann (in stampa). Il Corso di Psicologia Medica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona: una formazione all'approccio clinico centrato sul paziente. *Medic*.
- Smith R. (1997). *La Storia del Paziente. Un Approccio Integrato all'Intervista Medica*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Smith R.C. (1999). Comprehensive, research-based interviewing

- guidelines in general practice settings. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 8(2), 85-91.
- Smith R.C. & Hoppe R.B. (1991). The patient's story: integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. *Annals of Internal Medicine* 115, 470-477.
- Smith R.C., Marshall A.A. & Cohen-Cole S.A. (1994). The efficacy of intensive biopsychosocial teaching programs for residents: a review of the literature and guidelines for teaching. *Journal of General Internal Medicine* 9, 390-396.
- Stewart M.A. (1984). What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science and Medicine* 2, 167-175.
- Suchman A.L. & Matthews D.A. (1988). What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Annals of Internal Medicine* 108, 125-30.
- Tansella M. & Thornicroft G. (Ed.) (1999). *Common Mental Disorders in Primary Care*. Routledge: London.
- Üstün T.B. & Sartorius N (Ed.) (1995). *Mental Health in General Health Care: An International Study*. Wiley: New York.
- Van de Kar A., Knottnerus A., Meertens R., Dubois V. & Kok G. (1992). Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their decision. *British Journal of General Practice* 42, 313-316.
- Verhaak P.F.M. (1988). Detection of psychologic complaints by general practitioners. *Medical Care* 26, 1009-1020.
- Vettore L. (1994). La Tabella XVIII rinnovata: dall'esperienza alle speranze. *La Formazione del Medico* 8, 17-33.
- Weich S., Lewis G., Donmall R. & Mann A. (1995). Somatic presentation of psychiatric morbidity in general practice. *British Journal of General Practice* 45, 143-147.
- Weich S., Glyn L. & Mann A. (1996). Effect of early life experiences and personality on the reporting of psychosocial distress in general practice. A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry* 168, 116-120.
- Weinman W.S. & Dale J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice* 15, 480-492.
- Weiss P.A. (1973). *The Science of Life: the Living System-a System for Living*. Futura: Mount Kisco, NY.
- Williamson P., Beitman B. & Katon W. (1981). Beliefs that foster physician avoidance of psychosocial aspects of health care. *Journal of Family Practice* 13, 999-1003.
- Winefield H.R., Murrell T.G. & Clifford J. (1995). Process and outcomes in general practice consultations: problems in defining high quality care. *Social Science and Medicine* 41, 969-975.
- Winefield H., Murrell T., Clifford J. & Farmer E. (1996). The search for reliable and valid measures of patient-centredness. *Psychology and Health* 11, 811-824.
- World Health Organization (1987). *A Methodological Framework for Translating Targets into Educational Programmes*. International Consultation on Health Manpower Education for Health for All. WHO Regional Office for Europe: Venezia.
- Zimmermann Ch. (1966). L'intervista medica e la comunicazione medico-paziente. In: D. Goldberg, S. Benjamin e F. Creed, *Psichiatria nella Pratica Medica*. Edizione italiana a cura di M. Tansella, pp. 27-41. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Zimmermann Ch. & Siciliani O. (1990). Social problems, social support and emotional distress in the community. In *The Public Health Impact of Mental Illness* (ed. D. Goldberg and D. Tantam), pp. 136-144. Hogrefe and Huber Publications: Toronto.
- Zimmermann Ch. & Tansella M. (1996). Psychosocial factors and physical illness in primary care. Promoting the biopsychosocial model in medical practice. *Journal of Psychosomatic Research* 40, 351-358.