

# L'approccio centrato sul paziente: dalla medicina generale alla psichiatria

*Patient centered approach from general practice to psychiatry*

MICHELA RIMONDINI e LIDIA DEL PICCOLO

*Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria,  
Servizio di Psicologia Medica, Università di Verona*

## INTRODUZIONE

Il presente lavoro propone una riflessione sulla necessità di estendere anche al contesto psichiatrico l'applicazione del modello e degli strumenti (valutativi e formativi) caratteristici dell'approccio biopsicosociale in medicina.

Il modello di conduzione dell'intervista, definito *biopsicosociale*, si caratterizza per l'acquisizione di un approccio olistico, integrando quindi nella raccolta e nell'analisi delle informazioni fornite dal paziente non solo gli aspetti biologici ma anche quelli psicologici e sociali, relativi al disturbo presentato (Engel, 1977). L'implementazione di questo modello teorico nel contesto della pratica clinica ha dato luogo all'approccio generalmente definito come *centrato sul paziente*. In tale approccio il clinico incoraggia il paziente ad esprimere tutte le ragioni sottese alla richiesta di consultazione, attraverso l'adozione di comportamenti facilitanti e di tecniche comunicative che favoriscano un'esauritiva raccolta delle informazioni e un'efficace gestione delle emozioni (Stewart, 1984).

L'importanza dell'applicazione di tale approccio all'interno della consultazione medica è stata largamente riconosciuta. La comunicazione medico-paziente in medicina è diventata

un tema di ricerca molto diffuso, producendo ogni anno, un incremento esponenziale di pubblicazioni che prendono in considerazione diversi aspetti, quali ad esempio l'efficacia del modello teorico (Smith & Hope, 1991; Smith, 1996; Zimmermann, 1996), la validazione di sistemi di classificazione dell'intervista (Brown *et al.*, 1995; Cape, 1996; Roter, 1977; 1993; Ong *et al.*, 1995; Stiles, 1978) o di corsi formativi nell'uso di tecniche comunicative (Goldberg *et al.*, 1980; Gask *et al.*, 1987; 1988; Smith *et al.*, 1998).

Al contrario, gli aspetti legati all'uso di tecniche comunicative nel contesto psichiatrico sono stati molto meno indagati, nonostante già nel 1982 Maguire evidenziasse la necessità di una formazione pratica in tecniche comunicative, anche in ambito psichiatrico. I dati ottenuti dagli studi condotti su tale tema (Maguire & Rutter, 1976; Fairbairn *et al.*, 1983; Kern *et al.*, 1989) hanno confermato che l'uso di tecniche comunicative non può essere dato per scontato tra i medici psichiatri e che tali competenze non necessariamente progrediscono con l'aumentare dell'esperienza professionale. Tale carenza sarebbe riconducibile al fatto che, all'interno del percorso formativo in medicina, compreso quello che si svolge nelle Scuole di specializzazione, non sono previsti corsi che insegnino ad applicare tecniche comunicative efficaci per condurre l'intervista. I medici, quindi, acquisiscono tali tecniche solo nel caso in cui capitino in strutture sensibilizzate alla valorizzazione di questi aspetti (Naji *et al.*, 1986). La maggior parte degli studi pubblicati sul tema della comunicazione in psichiatria riguarda l'insegnamento di competenze comunicative all'interno di specifici approcci psicoterapeutici (ad esempio, il *Conversational Model*: Goldberg *et al.*, 1983; Cobb & Lieberman, 1987; Lieberman & Cobb, 1987). Il modello a noi noto che più tenta di

---

Address for correspondence: Dr.ssa M. Rimondini, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Servizio di Psicologia Medica, Università di Verona, Ospedale Policlinico "G.B. Rossi", P.le A.L. Scuro, 37134 Verona.

Fax: +39-045-585.871

E-mail: michela.rimondini@univr.it

coniugare tecniche di *assessment* e competenze comunicative in ambito psichiatrico è quello proposto da Silverman (2000). Per quanto riguarda la valutazione dell'intervista psichiatrica, i pochi dati finora disponibili si riferiscono unicamente a strumenti di misura che forniscono indici qualitativi della *performance* (Maguire *et al.*, 1978; Fairbairn *et al.*, 1983; Naji *et al.*, 1986; Claire, 2000), mentre non esistono dei sistemi di classificazioni paragonabili a quelli usati in medicina generale che rilevino l'uso di tecniche comunicative in senso più quantitativo. L'impossibilità di stabilire il grado in cui l'intervista psichiatrica è centrata sul paziente rappresenta un limite, soprattutto nella prospettiva di inserire tali misure all'interno di *training* formativi per fornire *feed-back*, o per valutare i progressi compiuti dai partecipanti.

La mancanza di un sistema di classificazione che permetta un'analisi dettagliata dell'interazione psichiatra-paziente e che valuti l'efficacia di interventi formativi nel migliorare le abilità comunicative, ci ha spinto ad una serie di riflessioni sulle analogie e le differenze relative alla possibilità di estendere il modello di analisi della comunicazione adottato in medicina generale anche all'ambito psichiatrico. In particolare, le nostre riflessioni si basano sulla nostra esperienza con il *Verona Medical Interview Classification System* (VR-MICS) (Saltini *et al.*, 1998; Del Piccolo *et al.*, 1999), un sistema di classificazione dell'interazione medico-paziente applicato nel contesto della medicina generale, usato da noi come strumento formativo (*feedback*) e valutativo. Tale strumento si fonda sul paradigma del modello biopsicosociale (Engel, 1977) e sulla scansione dell'intervista secondo le tre funzioni definite da Cohen-Cole (1991): raccogliere informazioni, creare una relazione e informare-educare il paziente. Passare dalla medicina generale alla psichiatria, implica operare una serie di confronti relativamente alle "agende" che medico e paziente portano alla consultazione e al coinvolgimento personale del medico nei due contesti.

Va precisato che quando parliamo di contesto psichiatrico ci riferiamo al Servizio psichiatrico pubblico, escludendo il settore privato che ha caratteristiche e finalità proprie. Questa precisazione è necessaria, alla luce delle specifiche caratteristiche che connotano la consultazione nel contesto pubblico rispetto a quello privato e che la rendono più facilmente confrontabile con l'intervista medica nel *setting* della medicina generale.

In entrambi i casi, infatti, l'obbligo di una documentazione clinica adeguata che faciliti una collaborazione multidisciplinare e l'eventuale passaggio del paziente ad altri medici (psichiatri) curanti richiede di raccogliere in modo preciso ed attendibile, e in tempi contenuti, una serie di informazioni ritenute concordemente importanti. Ciò implica che il medico (psichiatra) applichi una struttura dell'intervista il più possibile condivisa e un metodo di raccolta delle informazioni rilevanti comune a quello dei suoi colleghi. Inoltre, gli interventi di

operatori psichiatrici pubblici devono essere quanto più possibile eclettici, centrati sulla soluzione dei problemi e basati principalmente su evidenze scientifiche che ne confermino l'efficacia. Del resto la loro utenza non è selezionata (non esiste selezione rispetto alla patologia, vengono presi in carico tutti i pazienti del territorio) e il paziente, a differenza dell'ambito privato, non è seguito solo con l'obiettivo di controllare o migliorare la patologia con cui si presenta, ma anche per gli aspetti di carattere sociale (lavoro, famiglia, contesto relazionale).

Nel confronto tra psichiatria e medicina generale, evidenziato per punti di seguito, sono emerse sia differenze macroscopiche, caratterizzanti unicamente uno dei due contesti, sia caratteristiche collocabili lungo un *continuum* che lega medicina generale e psichiatria, ove diventano determinanti le scelte soggettive del singolo professionista ed il modo in cui percepisce il proprio ruolo e la propria funzione clinica. Un esempio eclatante è la durata dell'intervista: sia il medico di medicina generale che lo psichiatra del servizio pubblico hanno come finalità la raccolta di informazioni sui disturbi del paziente, il loro impatto, le aspettative e i timori connessi. Il medico impiega in media, per raggiungere tale obiettivo, circa 10-15 minuti, mentre lo psichiatra può impiegare dai 30 ai 50 minuti; ma sappiamo che vi sono anche notevoli variazioni soggettive, per cui vi sono psichiatri che in 15-20 minuti concludono la loro consultazione e medici di medicina generale che possono dedicare anche più di mezz'ora ad un singolo paziente.

*1. Le funzioni dell'intervista.* Sia l'intervista medica che quella psichiatrica, hanno il compito di assolvere le tre funzioni descritte da Cohen-Cole (1991): la *raccolta* e lo *scambio di informazioni* finalizzata a comprendere tutti i problemi di salute e di vita del paziente, la sua storia e il motivo della consultazione; la *creazione di una relazione (alleanza terapeutica)* attraverso la gestione delle emozioni e dei vissuti del paziente; *l'educazione alla cura*, l'informazione e la prevenzione di disturbi futuri. In questo caso, quindi, gli scopi che le due figure professionali, il medico di medicina generale e lo psichiatra, si pongono nella consultazione sono i medesimi, anche se l'importanza di una particolare funzione rispetto alle altre può variare secondo il tipo di contesto. Sia nella medicina generale che nella psichiatria la relazione è un mezzo importante, attraverso il quale creare un rapporto di reciproca *fiducia e stima* con il paziente, ma raramente nella medicina generale la relazione terapeutica diventa il fulcro del colloquio, come invece accade in psichiatria. Qui la relazione costituisce uno strumento conoscitivo primario per la raccolta approfondita di informazioni che sono poi essenziali alla definizione diagnostica e alla qualità dell'intervento terapeutico. Inoltre, nella prospettiva del

paziente, la qualità della relazione costituisce spesso l'unico elemento valutativo determinante per giudicare la professionalità del proprio psichiatra. Il paziente psichiatrico, rispetto al paziente di medicina generale, può basarsi meno su dati "oggettivabili", quali la normalizzazione di dati di laboratorio o la remissione di un sintomo fisico, e quindi, nella sua valutazione, tiene in forte considerazione le modalità con cui il clinico si è posto nei suoi confronti.

2. *Le agende o le tematiche affrontate durante la consultazione e il contesto psicosociale del disturbo.* Sia nella medicina di base che nella psichiatria, il paziente ha come aspettativa la soddisfazione del proprio *bisogno di cura*, nonché di *essere ascoltato e compreso*. Tuttavia, in medicina, il contenuto di queste aspettative riguarda in prevalenza i sintomi e la relativa gestione, nell'ambito psichiatrico le richieste vertono prevalentemente sulla comprensione, interpretazione e cura del funzionamento emotivo, cognitivo e relazionale e, quindi, su aspetti che coinvolgono la persona sempre anche su un piano esistenziale. Nella medicina generale il tema principale riguarda disturbi e sintomi somatici. Il contesto psicosociale dei sintomi medici o gli eventuali disturbi psicologici trovano meno spazio proprio perché non sono prioritari nell'agenda del medico o sono una parte "nascosta" dell'agenda del paziente. Al contrario, in psichiatria il funzionamento psicologico e sociale del paziente sono temi dominanti della consultazione. Aspetti medici possono emergere rispetto a "eventi" di malattie personali, ma più spesso riguardano i correlati fisiologici di stati emotivi o la prescrizione e l'assunzione di terapie psicofarmacologiche. Rispetto alla consultazione della medicina generale, in psichiatria il contesto psicosociale del sintomo raramente rimane parte nascosta dell'agenda e dovrebbe emergere più facilmente. L'agenda nascosta invece riguarda sempre contenuti psicosociali, ma che si riferiscono a sintomi psicologici o a tematiche associate ad essi che producono imbarazzo, disagio o vergogna e che inducono il paziente a non parlare apertamente o ad omettere dati importanti. In questo caso, l'alleanza terapeutica (che si instaura mediante un'efficace gestione delle emozioni) ancora più che nella medicina generale, diviene una condizione *sine qua non* per la raccolta di questa agenda "nascosta", e quindi anche per una corretta diagnosi. Il contenuto prevalentemente "psicologico" della consultazione psichiatrica facilmente alimenta l'equivoco che parlare di temi psicologici corrisponda automaticamente all'adozione di un modello "biopsicosociale". Di fatto, sappiamo che l'applicazione di tale modello si qualifica solo nella misura in cui è applicato un approccio "centrato sul paziente" (Smith, 1999), cioè nel *modo* in cui sono raccolte le informazioni.

3. *Coinvolgimento personale.* Lo psichiatra più difficilmente del medico di medicina generale può collocarsi unicamente in una posizione di osservatore esterno, bensì è spesso chiamato a interrogarsi rispetto ai propri stati interni, mentali ed emotivi. In alcuni casi, infatti, il clinico dovrà confrontarsi con temi e situazioni di vita portate dal paziente, che andranno ad intaccare i suoi pregiudizi, le credenze, gli ideali, i limiti rispetto alla legalità, alla moralità e al concetto stesso di normalità; mentre, in altri casi, saranno le forti emozioni espresse che metteranno lo psichiatra nella difficile posizione di dover trovare il giusto equilibrio tra *partecipazione e identificazione* con i vissuti dell'altro.

Partendo dalle considerazioni fatte sin ora presentiamo alcune riflessioni relative alle difficoltà che si potrebbero incontrare nell'adattamento, o nella costruzione di uno strumento di classificazione degli scambi verbali del colloquio psichiatrico, difficoltà che tengono conto della complessità degli elementi che lo caratterizzano.

1. *Distinzione tra valenza psicoterapeutica e comunicativa negli scambi verbali in psichiatria.* Un primo problema nasce dal fatto che la comunicazione nel contesto psichiatrico è imprescindibile da una valenza psicoterapeutica. Essendo i due aspetti implicitamente connessi risulta difficile scinderli quando l'obiettivo primario è quello di valutare la *performance* verbale solo dal punto di vista comunicativo e non terapeutico o diagnostico.

2. *Definizione dei diversi aspetti che caratterizzano la patologia psichiatrica.* Molte patologie psichiatriche sono caratterizzate dalla contemporanea presenza di sintomi organici e psicologici, per cui è spesso arduo scegliere quale privilegiare nel momento in cui si tenti di definire il contenuto dello scambio verbale. A nostro parere, la migliore prospettiva è quella di adottare un approccio il più possibile fenomenologico, ovvero una prospettiva ancorata al dato osservabile del sintomo, prescindendo totalmente da una qualsiasi interpretazione eziologica del disturbo stesso. Un disturbo da attacchi di panico, per esempio, può essere classificato in modo diverso a seconda della modalità con cui il sintomo viene espresso: medico (tachicardia), biopsicologico (disturbi del sonno) o psicologico (sensazioni acute d'ansia).

3. *Definizione delle dimensioni psicologiche all'interno della patologia psichiatrica.* Nella psichiatria la dimensione psicologica si caratterizza per aspetti più eterogenei rispetto alla medicina generale. In particolare, le aree più importanti che possono essere distinte riguardano gli aspetti emotivi (sentimenti, sensazioni, stati d'animo, pensieri legati agli affetti),

cognitivi (memoria, percezione, pensiero, attenzione) e i comportamenti sintomatici (condotte fobiche o di evitamento, rituali ossessivi, alterati comportamenti relativi alla sfera sessuale, all'alimentazione o ad altre funzioni). Rispetto a questi ultimi, inoltre, si pone il problema di stabilire quali comportamenti considerare come "sintomatici". Vi sono implicate, infatti, diverse valutazioni di carattere clinico, filosofico, antropologico, storico e sociale. Si pensi, ad esempio, all'omosessualità, che fino agli anni '90 era inserita nel DSM tra i disturbi psicosessuali, mentre nelle versioni successive, è stata esclusa. Un altro esempio è dato dal fatto che, sempre all'interno del DSM-IV, oltre ai criteri diagnostici, fra le informazioni aggiuntive vengono inseriti commenti e note, che possono modificare la lettura di una certa patologia in funzione del contesto culturale di provenienza.

4. *Distinzione tra contenuti interpretativi e contenuti descrittivi nel dare informazioni.* Infine, un altro problema risiede nello stabilire la distinzione tra un'informazione che ha una valenza *interpretativa* (inferenziale) e un'informazione che ha una valenza *meramente descrittiva*. Spesso nella psichiatria l'informazione non veicola solo contenuti descrittivi (la restituzione di una diagnosi), ma anche contenuti interpretativi (l'attribuzione di significato a un sintomo). In questa branca della medicina, in generale è più complicato "oggettivare" i sintomi portati dal paziente e produrre ipotesi eziologiche unanimemente condivise. Quindi le informazioni fornite dallo psichiatra sono spesso interpretazioni condotte sulla base dell'approccio teorico adottato (biologista vs. psicodinamico vs. cognitivo-comportamentale). Questo fa sì che sia spesso difficile scindere ciò che lo psichiatra presenta come restituzione di un dato "oggettivabile" da ciò che deriva dal suo approccio osservativo (modello di riferimento).

## CONCLUSIONI

Per capire la complessità dell'interazione medico-paziente, soprattutto all'interno del contesto psichiatrico, è necessario che il clinico, nel corso della conduzione del colloquio e il ricercatore, nella fase di costruzione di uno strumento per valutarlo, tengano in considerazione gli specifici aspetti che caratterizzano questo contesto.

Dal punto di vista *clinico*, un elemento di fondamentale importanza nel processo terapeutico, sia esso in medicina generale che in psichiatria, è la relazione. Ciò che rende tale elemento più potente e al tempo stesso più rischioso nel contesto psichiatrico è la moltitudine di variabili (credenze, emozioni, atteggiamenti, comportamenti), legate al paziente e allo psichiatra, che possono influire sulla qualità della loro

interazione. Proprio da questo si genera la difficoltà ad applicare fino in fondo un approccio centrato sul paziente, poiché ciò implica una totale apertura dello psichiatra, che consiste nel porsi in una posizione di ascolto attento, partecipe, non giudicante, anche e soprattutto quando emergeranno contenuti tali da intaccare la sua sfera personale, sia dal punto di vista emotivo che rispetto alle credenze, ideali o pregiudizi. E' ovvio che l'indagare il mondo dell'altro e il modo attraverso cui l'altro percepisce il proprio mondo non sarà indotto da una curiosità fine a se stessa, bensì dalla consapevolezza del fatto che solo vedendo attraverso gli occhi del paziente sarà possibile per lo psichiatra individuare la modalità migliore attraverso la quale proporre un trattamento. Da questo deriva che "l'approccio centrato sul paziente", pur essendo focale sia nella medicina generale che in psichiatria, diviene essenziale in quest'ultimo ambito, in quanto non solo è necessario per definire la qualità della relazione tra medico e paziente, ma è uno strumento indispensabile per l'attività terapeutica.

Dal punto di vista *valutativo*, e cioè nei termini della costruzione di un sistema di classificazione, diviene essenziale tenere conto della finalità (valutare il modo in cui sono raccolte le informazioni, piuttosto che il processo di negoziazione o l'aspetto psicoterapeutico), implicita nella realizzazione dello strumento. Inoltre, partendo dal presupposto che la complessità dell'interazione psichiatra-paziente difficilmente potrà essere colta in modo esaustivo da un sistema di classificazione univoco (per quanto articolato esso possa essere), è basilare che siano chiariti con la massima precisione quali aspetti dello scambio comunicativo si vogliono considerare (l'intenzione, il contenuto, la formulazione, l'uso di tecniche). In particolare, se si vogliono analizzare i contenuti espressi durante l'interazione, e tra questi i riferimenti a sintomi o disturbi, si pone l'ulteriore problema di discriminare tra patologia e normalità, componente organica e psicologica.

In conclusione, studiare l'uso dell'approccio centrato sul paziente in psichiatria implica più fasi temporalmente distinte: una prima fase prevede la verifica della sua effettiva applicazione, attraverso la creazione di strumenti che ne rilevino le caratteristiche essenziali, soprattutto in termini di tecniche comunicative e una seconda fase implica che vengano condotte ricerche che evidenzino l'efficacia dell'approccio centrato sul paziente una volta applicato.

Dalla letteratura emerge come entrambe le fasi siano state trattate in modo carente, essendo stato sempre privilegiato l'aspetto più strettamente terapeutico, e come, di conseguenza, sia necessario in prima istanza sviluppare sistemi di classificazione specifici per questo ambito che permettano di rilevarne le caratteristiche precipue da un punto di vista strettamente comunicativo.

**Ringraziamenti.** Ringraziamo la Prof.ssa Christa Zimmermann per i suggerimenti e la supervisione gentilmente forniti nel corso della preparazione del presente lavoro.

## BIBLIOGRAFIA

- Brown J.B., Steward M. & Tessier S. (1995). *Assessing Communication Between Patients and Doctors, a Manual for Scoring Patient-centred Communication*. CSFM Working Papers Series: Montreal.
- Cape J.D. (1996). Psychological treatment of emotional problems by general practitioners. *British Journal of Medical Psychology* 69, 85-99.
- Claire L.S. (2000). Measuring communication skills of medical students to patient with cancer. *British Journal of Medical Psychology* 73, 99-116.
- Cobb J.B. & Lieberman S. (1987). The grammar of psychotherapy: a descriptive account. *British Journal of Psychiatry* 151, 589-594.
- Cohen-Cole S.A. (1991). *The Medical Interview, the Three-Function Approach*. Mosby-Year Book: St. Louis.
- Del Piccolo L., Benpensanti M.G., Bonini P., Cellerino P., Saltini A. & Zimmermann Ch. (1999). The Verona Medical Interview Classification System/Patient (VR-MICS/P): the tool and its reliability. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 8, 56-67.
- Engel (1977). The need for a new medical model, a challenge for biomedicine. *Science* 196, 129-136.
- Fairbairn S., Maguire P., Chambers H. & Sanson-Fisher R. (1983). The teaching of interviewing skills: comparison of experienced and novice trainers. *Medical Education* 17, 296-299.
- Gask L., McGrath G., Goldberg D. & Millar T. (1987). Improving the psychiatric skills of established general practitioners: evaluation of group teaching. *Medical Education* 21, 362-368.
- Gask L., Goldberg D.P., Lesser A. & Millar T. (1988). Improving the psychiatric skills of the general practitioner trainee: an evaluation of a group training course. *Medical Education* 22, 132-368.
- Goldberg D., Steele J. & Smith C. (1980). Teaching psychiatric interview techniques to family doctors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 62, 41-47.
- Goldberg D., Benjamin S., Creed F. & Maguire P. (1983). Symposium on the teaching of psychiatry. England: University of Manchester. *British Journal of Psychiatry* 142, 350-357.
- Kern D.E., Grayson M., Barker L.R., Roca R.P., Cole K.A., Roter D. & Golden A.S. (1989). Residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice. *Journal of General Internal Medicine* 4, 421-431.
- Lieberman S. & Cobb J.P. (1987). The grammar of psychotherapy. Intactograms: three self-monitoring instruments for audiotape feedback. *British Journal of Psychiatry* 151, 594-601.
- Maguire P. (1982). Psychiatrists also need interview training. *British Journal of Psychiatry* 141, 423-424.
- Maguire P. & Rutter D. (1976). History taking for medical students. I- Deficiencies in performances. *Lancet* 11, 556-558.
- Maguire P., Roe P., Goldberg D., Jones S., Hyde C. & O'Dowd T. (1978). The value of feedback in teaching interviewing skills to medical students. *Psychological Medicine* 8, 695-704.
- Najj S.A., Maguire P., Fairbairn S., Goldberg D. & Faragher E.B. (1986). Training clinical teachers in psychiatry to teach interviewing skills to medical students. *Medical Education* 20, 140-147.
- 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* 40, 903-918.
- Roter D.L. (1977). Patient participation in the patient-provider interaction, the affects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Education Monograph* 5, 281.
- Roter D.L. (1993). *The Roter Method of Interaction Process Analysis*. Johns Hopkins University: Baltimore, MD.
- Saltini A., Cappellari D., Cellerino P. & Zimmermann Ch. (1998). Uno strumento per la valutazione dell'intervista medica nel contesto della medicina generale, il VR-MICS/D (Verona Medical Interview Classification System/Doctor). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 3, 210-223.
- Silverman J. (2000). *Comprehensive Clinical Method. Vertical Strand. Interviewing the Psychiatric Patient. Facilitators' Pack V.3*. Clinical Skills Development and Resource Unit: Cambridge.
- Smith R. (1996). *The Patients' Story. An Integrated Approach to Doctor-Patient Interviewing*. Brown and Company: New York.
- Smith R.C. (1999). Comprehensive, research based interviewing guidelines in general practice settings. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 8, 85-91.
- Smith R.C. & Hope R.B. (1991). The patient's story integrating the patient- and physician-centred approaches to interviewing. *Annals of Internal Medicine* 115, 470-475.
- Smith R.C., Lyles J.S., Mettler J., Stoffelmayr B.E., Van Egeren L.F., Marshall A.M., Gardiner J.C., Maduschke K.M., Stambley J.M., Osborn G.G., Shebroe V. & Greenbaum R.B. (1998). The effectiveness of an intensive training for residents in interviewing. A randomised, controlled study. *Annals of Internal Medicine* 128, 1168-126.
- Stewart, M.A. (1984). What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science and Medicine* 19, 167-175.
- Stiles W.B. (1978). Verbal response modes and dimensions of interpersonal roles, a method of discourse analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 36, 693.
- Zimmermann Ch. (1996). L'intervista medica e la comunicazione medico-paziente. In *Psichiatria nella Pratica Medica* (ed. D. Goldberg, S. Benjamin and F. Creed). Ed. ital. a cura di Michele Tansella. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.