

ההצטרפות

כיצד אתה, רופא המשפחה, מתקשר עם הפציינט היושב מולך? מהו טיב הקשר הראשוני ביניכם וכיצד הדבר משפיע על האבחון ועל המשך הטיפול? על מיומנויות ניהול המפגש הרפואי שלב אחרי שלב, במטרה לסיים מפגש בתחושת הצלחה גם אצל המטופל וגם אצל הרופא

ד"ר אלון מרגלית

השלב הראשון וההכרחי בכל מפגש טיפולי הוא יצירת קשר ראשוני. בפסיכותרפיה פרטנית ומשפחתית (Simon et al 1985; Minuchin 1974) מכנים פעולה זו בשם "הצטרפות" (Joining). מונח זה מתאים יותר מהביטוי הרפואי "יצירת זיקה" (Rapport). משמעותה של "הצטרפות" היא לנסות ליצור קשר טיפולי משמעותי שבו נוצרת תובנה גם אצל המטופל וגם אצל המטפל, שלמעשה הם באותו צד, נאבקים יחדיו עבור אותן מטרות. זה זמן רב ידוע הקשר האמיץ בין טיב התקשורת שבין המטופל ורופאו לבין מדרים שונים של תוצאות המפגש. בהקשר זה נחקרו מדרים כגון שביעות רצונם של המטופלים, יכולת הבנה וזכירה של המידע שנמסר על ידי הרופא, שיתוף פעולה בטיפול ותוצאות הטיפול (Smith et al 1981, Bartlett et al 1984, Roter et al 1987). מצפייה בקלטות וידיאו של מפגשים רפואיים, הן שלי והן של עמיתים, ניתן בקלות להבחין בעוצמה הקיימת ביצירת הקשר הראשוני במפגש. אין זה משנה אם מדובר במטופל חרש, שאינו מוכר לרופא, או לחלופין במטופל מוכר היטב - להצטרפות יש חשיבות רבה במונחי יעילות. לא אחת, רופא "לחץ" בזמן מניח שגישה תכליתית ("תכל'ס אוריינטד" כפי שמכנים זאת חבריי) תביא אותו מהר יותר לפתרון בעיית הפונה ולפתרון זמנו שלו הדחוק. המציאות פעמים רבות היא שונה, המטופל מקבל את המסר שהרופא קצר רוח וכדי להבטיח לעצמו את מירב תשומת הלב והטיפול, הוא נוטה להרשים את הרופא ולהרבות במילים. הרופא מצידו מנסה "לדו"ג את מילות המפתח להנעת תהליך: כאב בחזה = אק"ג, שיעול =

הקשבה לריאות, כאב בטן = שכיבה לכדיקת בטן, לא יכול להירדם = כדור שינה, וכך הלאה. הפעולה הבאה (מרשם, הפניה או בדיקה) היא תולדה של מציאת פתרון על פי הנחת העבודה הראשונית של הרופא. דע עקא, דווקא במצבים כאלה, כמו להכעיס, המחלה מתמשכת, התרופה לא עוזרת או שהיא גורמת לתופעות לוואי קשות, הבדיקה נותנת תוצאה שאינה חד משמעית וגוררת בדיקות נוספות והיועץ מבקש בירור נוסף.

רוב הפניות לרופא מקורן בדאגה או בחרדה של ממש (Stoeckle et al 1964). במצבים כאלה, עם תחילת המפגש מוצגת בפני הרופא הבעיה בשפה עממית רווית דימויים ותיאורים, ולא תמיד בצורה מסודרת ומאורגנת. לעתים קיים גם שימוש מוטעה במושגים רפואיים שמקורם בתקשורת ובספרות העממית. כתוצאה מכך עלול הרופא לחוש אי ודאות ותהיות מביכות שעלולות ליצור מתח מיותר ואי הבנות כבר מראשית הפגישה.

מאחורי "כרטיס הביקור" הגופני, קיימת לעתים בעיה אחרת משמעותית יותר לפונה ולמשפחתו (Balint 1964). פונים הסובלים ממתחים במשפחה, מחרדות, ממשברים ומבעיות נפשיות שונות, מתרגמים את מצוקתם שלא במודע ל"שפת הגוף והמחלה". זהו "כרטיס ביקור" לגיטימי. זו גם דרך שנתפשת לרוב כראויה לקבלת עזרה בתוך זמן קצר, ללא השקעת כסף רב וללא פגיעה בתדמית. יחד עם זאת היא מסיטה את נושא הדיון בין המטופל לרופא מהבעיה העיקרית אל בעיות משניות. מצוקתו העיקרית של המטופל נותרת ללא מענה. הרופא לא פעם יכול לחוש במתח הנוצר מבעיה "שלא מדברים עליה", ונוצרת אווירה של אי שביעות רצון אצל השניים.

הקשבה לריאות, כאב בטן = שכיבה לכדיקת בטן, לא יכול להירדם = כדור שינה, וכך הלאה. הפעולה הבאה (מרשם, הפניה או בדיקה) היא תולדה של מציאת פתרון על פי הנחת העבודה הראשונית של הרופא. דע עקא, דווקא במצבים כאלה, כמו להכעיס, המחלה מתמשכת, התרופה לא עוזרת או שהיא גורמת לתופעות לוואי קשות, הבדיקה נותנת תוצאה שאינה חד משמעית וגוררת בדיקות נוספות והיועץ מבקש בירור נוסף.

רוב הפניות לרופא מקורן בדאגה או בחרדה של ממש (Stoeckle et al 1964). במצבים כאלה, עם תחילת המפגש מוצגת בפני הרופא הבעיה בשפה עממית רווית דימויים ותיאורים, ולא תמיד בצורה מסודרת ומאורגנת. לעתים קיים גם שימוש מוטעה במושגים רפואיים שמקורם בתקשורת ובספרות העממית. כתוצאה מכך עלול הרופא לחוש אי ודאות ותהיות מביכות שעלולות ליצור מתח מיותר ואי הבנות כבר מראשית הפגישה.

את מטופליו. מחקר שבוצע על ידי Evans (1991) הראה שכאשר לימדו סטודנטים לרפואה קורס קצר בתקשורת, השיגו הסטודנטים מידע רפואי רב יותר במשך זמן נתון בהשוואה לסטודנטים שלא הוכשרו בקורס כזה. מכאן שיש חשיבות לתקשורת איכותית מהרגע הראשון לשם חיסכון בזמן ודיוק באבחנה ובטיפול.

Henbest & Stewart (1989) מצאו שקיים מתאם ישיר בין איכות התקשורת הטיפולית בשתי הדקות הראשונות למפגש, לבין איכות המפגש כולו על תוצאותיו. מדהימה עוד יותר תוצאת מחקרם של Headache Study Group (1986), שמצאו כי אחד המשתתפים המשמעותיים בקביעת מהלך כאבי ראש וחומרתם לאורך שנים הוא היחס שקיבלו הפונים מהרופא הראשון שבדק אותם.

תהליך ההצטרפות

בהתחלת המפגש בין הרופא ליעקב, פתח הרופא באמירה: "טוב לראות פנים צעירות ולא מוכרות. קוראים לי ד"ר אהרון, אך לצעירים אני מציע לקרוא לי אהרון". יעקב הופתע והגיב מיד בפתיחות: "אם הייתי צעיר כל כך אולי לא הייתי מופיע כאן היום". במשפט זה הוא חשף בפני הרופא את רגשותיו כלפי גילו ובאותה עת הבין שהרופא מתייחס אליו כצעיר. לאחר שהרופא התאים עצמו ל"מילייה" הכללי והכין עצמו למפגש הנוכחי, נפתח המפגש. סקרנותו המקצועית של הקלינאי מופנית באופן טבעי לכיבוד סיבת הפגישה אליו.

תוך כדי ביורר סיבת הפגישה, ניתן לבצע "הצטרפות" באמצעות מספר טכניקות תקשורתיות.

מפגש אדם לאדם – רבים מהפונים לרופא מתכננים מראש את משפט הפתיחה שבו הם מציגים את בעייתם בפני הרופא (Neighbour 1987). הבעיה היא שמשפט זה עלול להטעות, כפי שהודגש קודם, ולהוביל את הרופא למחוזות פחות נוחים מבחינת ניהול המפגש.

אוזניו של הרופא כרויות לא רק לנאמר אלא גם למסר שעובר בין המילים. לדברי Balint, הרופא מגלה במשך הזמן שלמעשה, אין שאלות ישירות ומדויקות היכולות לספק לו את האבחנה הרחבה שהוא מחפש. אנו מחפשים, אם כך, את אותן שאלות שאינן ישירות ושאין מדויקות. שאלות שתאפשרנה היכרות עם הבעיה שמאחורי כרטיס הכניסה; משפט המזמין היכרות שתאפשר לפונה להרגיש נוח, להיפתח ולדבר על נושאים שלעתים לא היה מודע לחשיבותם בהקשר של פנייתו זו לרופא. באופן פרדוקסלי, השאלות שאינן מדויקות יביאו בסופו של דבר לאבחנה מדויקת יותר ולטיפול מותאם יותר לצרכיו ולרצונותיו של המטופל.

Freeman et al (1971) מצאו קשר מיוחד בין הפתיחה הלא-רפואית של הרופא והמטופל לבין תוצאות מוצלחות יותר של הטיפול. על כן פתיחת מפגש רפואי בסגנון "אדם לאדם" מומלצת

ממספר היבטים:

1. הרופא יכול להרשות לעצמו "לפשוט לרגע את החלוק הלבן" ולתת ביטוי לאדם שבו תוך כדי התעניינות בפונה, במשפחתו, בעבודתו, בחבריו או במעגלי השתייכות אחרים. "הסרת החלוק" מאפשרת לרגע יציאה מהשגרה המוטוטית של שדרת המטופלים הנכנסים בסך זה אחרי זה. דוגמאות: "שמעתי על ההצלחה של בתך בלימודים"; "איך אתה מסתדר בחמסין הזה?"; "כמה קר היום, בוודאי לא היה קל לצאת מהבית..."; "אני מבין שבאתם מרחוק... איך היתה הדרך לכאן?"; "אני מניח שלא הרגשתם נוח להמתין זמן רב בחדר ההמתנה"; "שמעתי על האסון שקרה לאחידך... אני מבין שאתם עוברים תקופה קשה...".

מצאנו שלרוב, כאשר הרופא שואל חברתית פתוחה כמו "מה שמעו", התגובה מצד המטופל היא לספר על הבעיה שבגללה הגיע. כך מוחמץ רעיון האדם הלבן וקדיף לפתוח בשאלה אחרת או להוסיף ל"מה שמעו" שאלה או היגד שמבהירים את כוונת הרופא (כדוגמת המשפטים לעיל).

2. התעניינותו "הלא רפואית" של הרופא במטופל מזמינה את הפונה לדבר על נושאים הקרובים לליבו. שפת היום-יום נחשפת בפני הרופא ומאפשרת לו ללמוד אותה. כאשר הרופא מזכיר במשפט הפתיחה נושא משפחתי או אחר הקשור לחייו של המטופל, הוא למעשה מבטא הכרה בייחודו של המטופל, מזמין ומשלב מן הרגע הראשון את הווי החיים ואת המשפחה במהלכים הרפואיים שיבואו בהמשך.

3. את הפגישה יכול הרופא לפתוח גם בשאלה על עבודתו, על התמודדות עם קשיים בחיים, על חברי משפחה אחרים, על אנשים משמעותיים בחייו, על תחביביו וכדומה. לא אחת יעלה הפונה בהקשר זה נושאים רגישים המכבידים עליו.

4. פתיחה בסגנון "אדם לאדם" מעבירה מסר של קשר ל"עולם הבריאים". Eisenberg (1980) מתאר את המפגש בין הרופא לפונה כמשא ומתן בין שני מצבים חברתיים, "בריא" ו"חולה". פתיחה בסגנון "אדם לאדם" מדגישה את הצד הבריא במשא ומתן זה, כיוון שההתייחסות הראשונית לאדם, ולא לחולה, מחזקת במשהו את תחושת הבריאות.

5. פתיחה בסגנון "אדם לאדם" מפתיעה את הפונה, ולא אחת הוא זונח את משפט הפתיחה ה"רפואי" שהכין ומגיב באופן ספונטני וטבעי. Selvini et al (1980) Palazzoli et al טוענים שאחת השיטות הטיפוליות היעילות שבהם הם נוקטים היא לשאול או לומר דברים שיפתיעו את המטופלים, אך בו בזמן יעניקו להם גם את ההרגשה שמבינים אותם.

6. נסיונו של הרופא להיות יצירתי ולהגיב באופן מקורי וספונטני למסרים הבלתי מילוליים המשודרים על ידי הפונה, יכול לגרום לו לתחושה של סיפוק ושל יכולת, לחדד את חושיו ולהגביר את כוחו התרפויטי למן הרגע הראשון. לדוגמה: "שלום דוד, אני רואה שגורמת כהוגן בדרך לכאן."

"כן", השיב המטופל בעצב, בעת שהסיר את מעילו הרטוב והתיישב. "באתי ברגל מפני שנאלצתי למכור את המכונית...". הרופא התלבט לרגע אם לפתוח ולהרחיב ולבסוף שאל: "מה קרה?". "פיטור אותי מהעבודה", ענה דוד בקצרה והשפיל מבטו. מאותו רגע נוספה "ארומה" חדשה לסימפטומים הגופניים.

הבנת הבעיה המרכזית והציפייה שמאחוריה

בהמשך לפתיחה בסגנון "אדם לאדם", באופן טבעי מתעניין הרופא בסיבת הפגישה של המטופל אליו. מתן אפשרות למטופל לשלב זה להתבטא באופן חופשי, ללא הפרעה או הכוונה, היא בעלת חשיבות רבה, הן כדי להבין היטב את דאגתו ואת ציפיותיו והן כדי למונע אכזבה וחוסר שיתוף פעולה מצידו (Frankel & Beckman 1989). ככל שהמטופל במצוקה, כך הוא נוטה לבטא אותה, בתנאי כמובן שיגיש חופשי ומוזמן לעשות כך על ידי הרופא. במונח זה, הרופא לא משיג רק מידע, אלא גם "מטפל" באמצעות אוודור (ונטילציה) ושחרור המתח והחרדה. בהדרגה, ככל שהרופא מקשיב ולומד את שפת המטופל, הוא מתאים את עצמו מבלי משים למשפט זה ומשתמש בה בהמשך הטיפול. כאשר משתמשים בשפתו של המטופל, מתחזקת ה"הצטרפות" מאליה וגוברת האפשרות ליתר שיתוף פעולה בהמשך הטיפול.

בציפייה בצילומי וידיאו של מפגשים רפואיים מצאנו נטייה ברורה של הרופא להשתמש בביטויים ובמטפורות שהוכרו על ידי המטופל, או בכאלה השאולים מתחום עיסוקיו. יתר על כן, ניתן היה להיווכח כיצד התאים הרופא באופן אוטומטי את סגנון הדיבור שלו, את המקצב ואת הדגיש השפה כך שיהיו דומים לאלה של הפונה, וההרמוניה בין השניים נוצרה מאליה. ברגע שניתנה הבמה למטופל לשטוח את בעייתו/שאלתו בפני הרופא, נפתח חלון הזדמנויות מיוחד בפני הרופא לבדיקת ציפיות המטופל.

כולנו "נשאבים אוטומטית" לפרטים ומאבדים לרגע או בכלל את התמונה הכללית: "ממתי הכאב?", "איך התחיל?", "לאן הוא מקריין?", "מה עוד הופיע?", "יש שלשול? באיזה צבע?" - מבול של שאלות סגורות שבאמצעותן, מבלי משים, אנו מכוונים את המטופל לפי השערות העבודה המלככות בראשו הקליני - למעשה, לפי הציפייה הבסיסית שלנו מהמפגש: לגלות את הסוד, את האבחנה ולהציע את טיפול הפלא שירפא.

Beckman & Frankel (1984, 1985) מצאו שרגעי הפתיחה הראשונים במפגש מהווים נקודה קריטית בקביעת ציפיותיו של הפונה לגבי המפגש ובקביעת דרגת שביעות הרצון שלו ממפגש זה. אין ספק שקיים הבדל גנרי בציפיות בין הפונה לבין הרופא. הפונה מעוניין בתשומת לב, בהתייחסות סובלנית

הטיפול הרפואי, אך לצד ההערכה לטיפול הרפואי, חולים רבים מתלוננים על היחס של אנשי הצוות המקצועי, או יותר נכון, על חוסר היחס".

"הטיפול המקצועי הניתן במערכת הציבורית הוא איכותי, אבל לגבי השירות, התחושה לעתים שונה", אמר מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' רוני גמזו, בכנס ראשון בנושא חוויית המטופל במערכת הבריאות, והוסיף: "משימה זו עומדת לפתחו של כל איש צוות רפואי".

בקורסים שעמיתיי ואני מעבירים שנים רבות לסטודנטים, לסטודנטים ערב כניסתם לבית החולים, לרופאים כלליים, למתמחים ולמומחים, מושם דגש מיוחד לבחינת ציפיותיו של המטופל עם תחילת המפגש. הסיבה העיקרית איננה בגלל שזהו חלק מהסילבוס או מהרצון של משרד הבריאות לשפר את חוויית המטופל. הסיבה העיקרית היא שזו "רפואה שלמה" במיטבה המקצועי. זו הדרך למצוא את האבחנה הנכונה, לא רק על פי היסטוריה, אלא בראש ובראשונה על פי הסכמת המטופל, על פי הבנתו, אמונתו וחששותיו.

כאשר אנו מתעניינים בדעותיו של המטופל, בדרך שבה פתר עד כה את בעייתו, באופן שבו השתנה קו מחשבתו ובעיקר מה קיווה לקבל מאיתנו בבואו היום לקליניקה העמוסה, לעתים על חשבון יום עבודה יקר, אנו מצטרפים אליו בכל המובנים. מנקודה זו קל יותר לשאול שאלות ביו-רפואיות, לבצע את הבדיקות הנדרשות (ורק אותן) ולהגיע בייעילות לטיפול המקובל עליו ועל משפחתו. בדרך אנו חוסכים זמן יקר שלנו ושלו וגם כסף רב למערכת הבריאות ואפילו יוצאים מהמפגש עם קורטוב של סיפוק מהעבודה.

ד"ר אלון מרגלית, MD PhD, מנהל המרפאה הרב תחומית הארצית, קופת חולים מאוחדת
alon@talk2doc.net

סיום והראש שלי היה תקוע במחשב כל היום". ד"ר שבא: "ואיך טיפלת בכאב הזה?". נחשון: "אמא שלי אמרה לי לשכב בעיניים עצומות ולשים מגבת קרה על המצח עשר דקות וזה באמת די עוזר". ד"ר שבא: "אז מה קורה כעת?". נחשון: "כעת סיימתי את המבחנים ואת העבודה על המחשב והאמת היא שהכאב כמעט נעלם. רק שחברה שלי אמרה שלאבא שלה היה המון זמן כאב ראש והוא לא טיפל בו כמו שצריך ובסוף הוא חטף שבץ מוחי". ד"ר שבא: "זה הלחיץ אותך ורצית לברוק אם אתה לא מזניח משהו, כדי שלא יקרה לך דבר דומה". נחשון: "האמת היא שהחברה שלי נלחצת יותר והיא מלחיצה אותי". ד"ר שבא: "נדמה לי שראיתי אותה בחוץ במכה יחד איתך, אולי נקרא לה והיא תהיה כאן בזמן שאני בודק אותך ואם יהיו לה שאלות, נוכל להרגיע גם אותה, מה דעתך?". נחשון: "בכף: אני קורא לה". בהמשך נבדק נחשון, נשאלו השאלות ונמצא הפתרון לשביעות רצונם של נחשון, חברתו, אמו והרופא.

בעיתונות של הזמן האחרון נכתב: "בשנים האחרונות עוברים מרכזים רפואיים ברחבי העולם מהפכה תודעתית, ששמה במרכז לא רק את הטיפול הרפואי אלא גם את המטופל ואת חוויית הטיפול שלו. הדבר נעשה בעקבות מחקרים שהראו כי השקעה כספית מועטה לצורך העלאת המודעות של המטפל לציפיות המטופל ולרצונותיו מחוללת פלאים ברמת שביעות הרצון של המטופל ואפילו בהצלחת הטיפול. לאחרונה החל משרד הבריאות לפעול להעלאת המודעות במערכת הבריאות הציבורית, אך הדרך עוד ארוכה. סקר שנערך בארבע מדינות ובדק כמה מהמטפלים שואלים את המטופל מהן ציפיותיו מהטיפול, הציב את ישראל במקום האחרון...".

"מדינת ישראל" מתגאה בכך שמערכת הבריאות הציבורית שלה היא אחת הטובות בעולם מבחינת

לסבלו, בהפגת הדאגה והכאב ובפתרון שאלות ברורות ומוגדרות וכאלו שאינן ברורות לו עדיין. הרופא, כאמור, מעוניין בזיהוי מהיר של גורם הבעיה ובפתרון מוצלח שלה, ובעיקר כאשר הזמן קצר ומטופלים רבים ממתינים לו (Bruhn 1986). הרופא מאמין שטיפול מהיר ירגיע את הפונה, אך לעתים המהירות שבה ניתכות השאלות ומהירות הפתרון המוצע אינן תואמות את קצב עיבוד הנושאים והדאגות הפנימיות והפער בין שניהם גדל.

לעתים, המהירות וההכונה הן בעוכריו של הרופא העמוס. הרופא יכול לתת הרצאה על סיכוני העישון למטופל שלו, מתוך הנחה שזה הטיפול האופטימלי לבעיה שהציג המטופל (או לחלופות הקופצים מולו במסך), אך אם אינו שם לב לכך שהפונה אינו מתעניין בדבריו, הרי שבזמן יקר שלו ושל הפונה.

כתגובה לכאבי ברכיים חוזרים, הרופא רושם לפונה, חבר המושב, הפניה למרפאת מומחים בעיר הגדולה: "אני מאמין שהם יעזרו לך בפתרון בעיית הכאבים הללו", אומר הרופא בביטחון וחושב לעצמו, "ופי, פתרתי את הבעיה, קדימה לחולה הבא!". החולה נע באי שקט בכסאו. הרופא, שסיים למלא הטופס, חש באי השקט והביט בפונה בשאלה כמזמין אותו לומר משהו... "איך לנו די כסף להגיע כל כך רחוק...". פתח הפונה בהיסוס. מכאן התפתח טיפול בכיוונים חדשים תוך כדי שיתוף פעולה מחודש בין השניים.

דוגמה לבדיקת ציפיות המטופל ומשפחתו: "אני סובל כבר חודש מכאבים במצח", אמר נחשון. "ספר לי קצת יותר על כאבי המצח הללו", אומר ד"ר שבא. נחשון מספר על הכאבים ומשתמש במטאפורות כמו "הכאב הזה בא פתאום, כמו ברק, ועושה לי חור כאן בדיק מעל העין". ד"ר שבא: "ממה חשבת שהכאב הזה נגרם?". נחשון: "חשבת שזה מקריאה מאומצת - הייתי בתקופה של בחינות

Minuchin S.: "Families & Family Therapy". Harvard Univ. Press MA, 1974
Simon F.B., Stierline H., Wynne L.C.: "The Language of Family Therapy". Family Process; 24: 335-338, 1985
Roter DL, Hall IA, Katz NR. Relations Between Physicians' Behaviors and Analogue Patients' Satisfaction, Recall, and Impressions. Med. Care; 25: 437-51, 1987.
Smith C.K., Polis E., Hadac R.R.: "Characteristics of the Initial Medical Interview Associated with Patient Satisfaction and Understanding". The J. of Family Practice; 12: 283, 1981
Bartlett E.E., Grayson M, Barker R, et al: "The Effects of Physician Communications Skills on Patient Satisfaction, Recall, and Adherence. Chronic Dis; 37:755-64, 1984
Stoeckle J., Zola I., Davidson G. The Quantity and Significance of Psychological Distress in Medical Patients. J. Chronic Dis.; 17: 959-70, 1964
Stuart M.R., Liberman J.A.: "The Fifteen Minute Hour". Praeger, NY, 1986
Stewart M.A., Brown J.B., Levenstein J.: "The Patient-Centered Clinical Method". Fam. Practice; 3: 164-167, 1986
McWhinney I.R.: "A Textbook of Family Medicine". Oxford NY, 1989
Elstein A.S. et al: Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning. Harvard Un. Press Boston 1978
Evans B.J. et al: Effects of Communication Skills Training on Students' Diagnostic Efficiency. Med. Educ.; 25: 517-526, 1991.
Henbest R.J., Stewart M.A.: "Patient-Centredness in the Consultation". 1: "A Method for Measurement". Family Practice; 6: 249-254, 1989. 2: "Does it Really

Make a Difference?" Family Practice; 7: 28-33, 1990.
Headache Study Group of the Univ. of Western Ontario: "Predictors of Outcome in Headache Patients Presenting to Family Physicians- A One Year Prospective Study". Headache 26: 285-294, 1986.
Neighbour R.: "The Inner Consultation". M.T.P. Lancaster, 1987
Freeman B., Negrette V.F., Davis M., et al. Gaps in Doctor-Patient Communication: Doctor-Patient Interaction Analysis. Pediat. Res.; 5: 298-311. 1971.
Eisenberg L., Kleinman A.(eds.): "The Relevance of Social Science for Medicine". D. Riedel, Amsterdam 1980
Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cechin G., Prata G.: "Hypothesizing- Circularity-Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session". Fam. Process; 19: 3-12, 1980.
Frankel R.M., Beckman H.B. Conversation and Compliance with Treatment Recommendations: An Application of Microinteraction Analysis in Medicine. In Dervin B., Grossberg L., O'Keefe B.J., Wartella E., Rethinking Communication. Vol 2: Paradigm Exemplars. Newbury Park, CA., 1989
Beckman H.B., Frankel R.M.: "The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data". Ann Intern Med; 101: 692-696, 1984.
Beckman H.B., Frankel R.M., Darnly J.: "Soliciting the Patient's Complete Agenda; A Relationship to the Distribution of Concerns. Clin. Res.. 33: 714, 1985.
Bruhn J.G.: Time in Therapeutic Relationships: Myths and Realities. South Med J. 79(3) 344-50, 1986.