

Un'esperienza di formazione al counselling in ambulatorio pediatrico

Francesco Ciotti*, Furio Lambruschi*, Michele Gangemi**, Patrizia Elli**, Mara Asciano***, Roberto Barone***, Rita Casalboni***, Mila Degli Angeli***, Paolo Faberi***, Barbara Poggioli***, Antonella Stazzoni***, Roberto Vallicelli***

*Formatori UO di Neuropsichiatria Infantile, Psicologia, Riabilitazione dell'Età Evolutiva, AUSL Cesena; **Formatori esterni; ***Pediatri

Abstract

A training experience in counselling in paediatric ambulatory care facilities

This is the second paper regarding a training course in systemic counselling in Cesena (Italy) in 2004 (see Quaderni acp 2006;4:166). The course's intermediate phase, during which every training part has been structured in two moduli, is described. In the first part, the Calgary-Cambridge Observation Guide, a plan used to identify and evaluate individual skills of the consultation, has been used by paediatricians during ambulatory video recorded visits. In the second part, attention has been focused on the emotional aspects (thoughts, images, feelings and meanings) observed in the paediatrician-patient interaction. Through a simulation of the paediatricians' critically emotional situations during office visits, the emotional dynamics have been analysed. With both a shared observation and a confrontation among paediatricians a behaviour strongly influenced by the paediatrician's consolidated and apparently objective knowledge and his own personal experiences related to the problems analysed, emerged. A shared empathy, often sacrificed by a more "medical" and conceptual "step-plan" approach, has been considered of crucial importance.

Quaderni acp 2006; 13(5): 218-221

Key words *Counselling. Ability. Emotions. Evaluation*

L'articolo, secondo di una serie riguardante caratteristiche e ricadute del corso di formazione al counselling sistemico svoltosi a Cesena nel 2004 (vedi Quaderni acp 2006;4:166), ne descrive la tappa intermedia, dove ogni incontro formativo è stato strutturato in due moduli. Nel primo, i pediatri partecipanti hanno utilizzato in modo sistematico la Calgary-Cambridge Observation Guide, modello di conduzione del colloquio in ambito medico, come strumento di monitoraggio e valutazione delle proprie abilità di counselling in sedute ambulatoriali videoregistrate nei rispettivi ambulatori. Nella seconda parte degli incontri l'attenzione è stata spostata sugli aspetti emotivi (pensieri, immagini, sentimenti, significati) osservati in ciascun pediatra nell'interazione con il paziente. Le dinamiche emotive sono state analizzate attraverso simulazioni di situazioni emotivamente critiche vissute dal medico durante la seduta ambulatoriale. Attraverso l'osservazione condivisa e il confronto fra pediatri partecipanti al corso e formatori, è emerso un comportamento del pediatra in generale fortemente influenzato, durante la consultazione, da proprie conoscenze consolidate e apparentemente oggettive, e da esperienze personali relative al problema in esame in quel momento. Cruciale è risultato inoltre l'aspetto della condivisione empatica, spesso sacrificata all'osservanza di una "scaletta" concettuale e molto "medica".

Parole chiave *Counselling. Abilità. Emozioni. Valutazione*

Il corso di formazione al counselling

Alla conclusione del corso di formazione sul counselling tenuto da Michele Gangemi e da Patrizia Elli (vedi Quaderni acp 2006;4:166), ai 24 pediatri partecipanti è stato proposto di proseguire l'iter formativo con un corso specificatamente indirizzato all'analisi della relazione pediatra-famiglia-bambino, articolato in

10 incontri mensili, da maggio 2004 a maggio 2005, e focalizzato in particolare sull'analisi di situazioni di visita pediatrica a bambini di età inferiore ai 6 anni. Alla proposta hanno aderito 7 pediatri di famiglia, e un pediatra di comunità. Gli incontri, ciascuno dei quali della durata di 3 ore, sono stati tutti videoregistrati. Nel primo, preparatorio, si sono condivi-

si finalità, metodi e strumenti; in quello conclusivo sono state raccolte le valutazioni e le riflessioni del gruppo sull'esperienza. Negli altri 8 incontri, ciascuno degli 8 pediatri, a turno (uno per incontro), ha portato in supervisione una propria seduta ambulatoriale videoregistrata o, più raramente, audioregistrata. Gli obiettivi del corso in questione erano infatti direttamente connessi al corso precedente di introduzione alla tecnica del counselling, con la finalità principale di rendere il pediatra ambulatoriale più consapevole e competente nell'ascoltare i problemi genitore-bambino, e più capace di offrire risposte analogiche e verbali più adattive e soddisfacenti.

Ogni giornata di formazione è stata strutturata in due moduli di lavoro, ognuno della durata di 90 minuti. Nella prima parte, il pediatra direttamente coinvolto in quell'incontro presentava il caso in circa 10 minuti attraverso una scheda sintetica; nei successivi venti minuti veniva visionata insieme la sua seduta ambulatoriale videoregistrata; al termine della osservazione ciascun partecipante compilava la scheda Calgary-Cambridge (uno strumento atto a monitorare le proprie abilità di counselling). Dopo la discussione e il confronto sulle considerazioni raccolte grazie alla scheda, i formatori proponevano una loro restituzione finale sui commenti ascoltati.

Nella seconda parte della giornata, della durata di altri 90 minuti, si svolgeva una simulata su un passaggio emotivamente critico vissuto dal pediatra durante quella stessa seduta ambulatoriale, seguendo la tecnica cognitiva della scheda A-B-C (A. *Antecedents*: situazione stimolo attivante; B. *Beliefs*: pensieri, immagini convinzioni, significati, interpretazioni del pediatra; C. *Consequences*: conseguenze, reazioni comportamentali ed emotive del pediatra). La simulazione metteva poi in gioco con questa tecnica

Per corrispondenza:
Francesco Ciotti
e-mail: fciotti@auls-cesena.emr.it

esperienze

anche altri colleghi del gruppo in formazione; anche in questo caso alla fine i formatori proponevano una loro restituzione finale sulle dinamiche emotive osservate.

Primo modulo: le abilità cognitive al counselling

Il pediatra presenta sinteticamente il caso in esame attraverso una scheda semplice e sintetica (*tabella 1*): nome e cognome del minore, età, residenza, scuola frequentata, composizione familiare con la professione dei genitori, eventuali patologie croniche, ricoveri ospedalieri e consulenze nel Servizio di Neuropsichiatria infantile, frequenza delle richieste di consulenza telefonica e/o di visita pediatrica. Nella scheda viene infine richiesto di indicare chi è la persona che di solito accompagna il bambino in ambulatorio e il motivo dell'accesso in quella seduta ambulatoriale.

Dopo la visione della seduta videoregistrata portata dal pediatra di turno in quell'incontro, ognuno dei partecipanti passa a compilare la scheda Calgary-Cambridge (*tabella 2*). Questo strumento, utilizzato dai medici di base anglosassoni come guida all'intervento di counselling, abbastanza complesso e quindi da noi semplificato per quanto possibile rispetto alla sua stesura originale, può essere usato in due modi: come guida anticipatoria nella conduzione del colloquio e della consulenza al paziente; oppure a posteriori, in maniera retroattiva, analizzando il colloquio video o audioregistrato ed esaminando in quale misura durante la consultazione sono stati seguiti, più o meno fedelmente, gli elementi base indicati dalla scheda.

In medicina di base la guida prende in considerazione il rapporto tra medico e paziente adulto. In età evolutiva, in realtà, le relazioni in gioco sono almeno due, pediatra-genitore e pediatra-bambino, e questo rende l'analisi più complessa. Avendo preso in considerazione, nel nostro corso, l'età prescolare, ove il rapporto è per lo più mediato dal genitore, in tutti i casi esaminati l'osservazione e l'analisi si sono incentrate soprattutto sulla relazione tra il pediatra e la madre del bambino in visita. Gli items della scheda riguardano aspetti diversi della consultazione: inizio e strutturazione del colloquio, tecniche conversazionali usate per capire il problema in esame, esplorazione del mondo interno, attitudine empatica del medico, abilità utilizzate per informare, spiegare, negoziare e programmare, chiusura del colloquio. In particolare: – gli elementi base di apertura del colloquio fanno riferimento alle abilità relati-

TABELLA 1: SCHEDA SINTETICA DI PRESENTAZIONE DEL CASO

NOME E COGNOME DEL PEDIATRA _____
 Nome e cognome del bambino _____
 Luogo e data di nascita _____
 Residenza _____
 Eventuale asilo o scuola frequentata _____

Composizione familiare

	Nome	Età	Professione
Padre			
Madre			
Fratelli			
Altri/Note			

Utilizzo precedente dei servizi USL (es. PS, ospedale, NPI, Servizio sociale):
 Quali, a che età e per quale motivo _____
 Patologia cronica o ricorrente del bambino _____

La famiglia fa richieste telefoniche e/o di visita al pediatra:
 Frequenti Medie Rare

Data della seduta _____

Persone che accompagnano il bambino in ambulatorio _____

Contesto:
 bilancio di salute altro per appuntamento urgenza

Problema principale proposto _____

ve all'accoglienza e alla definizione, in accordo con la madre, di un'agenda della lista dei problemi da esaminare insieme in quella seduta;

– la strutturazione del colloquio nel suo complesso riguarda la capacità del pediatra di organizzarlo in sequenze logiche, con formule di transizione nel passaggio da un argomento all'altro e con l'utilizzo del riassunto al termine di ogni argomento, allo scopo di verificare la comprensione di ciò che la madre ha detto;

– le tecniche conversazionali di base si riferiscono alla formulazione di domande aperte in alcuni momenti del colloquio, alla capacità di ascolto attivo, alla chiarezza e alla comprensibilità delle domande e del linguaggio usato;

– l'esplorazione del mondo interno della madre, che è risultato il settore di più difficile applicazione e analisi, riguarda l'abilità del pediatra nel facilitare e incoraggiare l'espressione di sentimenti, emozioni e preoccupazioni della madre rispetto ai problemi del figlio;

– l'attitudine empatica del medico si riferisce al suo atteggiamento non giudicante, ma di attenzione e legittimazione dei

punti di vista della madre, di condivisione di pensieri e sentimenti, di disponibilità anche in momenti apparentemente meno "dedicati" della consultazione (es. quando il pediatra deve scrivere o usare il computer);

– le abilità cognitive del medico si riferiscono alla chiarezza dei messaggi, al rispetto dei tempi, al corretto uso di materiale di supporto per veicolare le informazioni, alla capacità di fornire spiegazioni utili ed efficaci su eventuali indagini diagnostiche proposte o su prescrizioni terapeutiche necessarie, verificandone la comprensione da parte della madre e sollecitandone i commenti positivi o negativi, per arrivare a una proposta accettabile da entrambe le parti e praticabile da quella famiglia, in quel momento;

– nella chiusura del colloquio vanno considerati il riassunto delle decisioni prese, l'invito a mettere in atto le soluzioni individuate, la proposta di controlli successivi.

Il confronto in gruppo sulle schede compilate da ciascun pediatra rispetto all'os-

TABELLA 2: COLLOQUIO CON IL PAZIENTE (CALGARY-CAMBRIDGE MODIFICATA)

(Per "paziente" si intende: il bambino; l'interlocutore adulto privilegiato, solitamente la madre; altri adulti significativi eventualmente presenti al colloquio. Pertanto, ciascuno dei successivi elementi va riferito a ognuno di questi interlocutori).

INIZIO DEL COLLOQUIO

1. Accoglie con calore, dimostra interesse e rispetto. Fa in modo che sia comodo.
2. Esamina e conferma la *lista di problemi* del paziente e del medico: Esempio: "Quindi, mal di testa, febbre. C'è nient'altro di cui mi vuol parlare?", oppure "Oggi ci vediamo per il bilancio di salute, quindi...".
3. Concorda un'*agenda* tenendo conto del punto di vista di entrambi (medico e paziente).

STRUTTURAZIONE DEL COLLOQUIO

1. Al termine di un argomento, *riassume* per verificare la propria comprensione di ciò che il paziente ha detto e per accertarsi di non aver ommesso dati importanti.
2. Passa da un argomento all'altro usando *formule di transizione*. Aggiunge il *razionale* dell'argomento successivo.
3. Struttura il colloquio in *sequenze logiche*: a) divide il colloquio in sezioni contenute sviluppando una sequenza logica; b) esplicita le sequenze e gli steps; per es: "Ci sono tre cose importanti di cui vorrei discutere. Primo... ora faremo...".

ESPLORAZIONE DEI PROBLEMI (TECNICHE CONVERSAZIONALI DI BASE)

1. Incoraggia il paziente ad *esporre con le proprie parole il problema* dall'inizio sino a chiarire il motivo della consultazione.
2. Usa *domande aperte e chiuse*, procedendo dalle aperte alle chiuse.
3. *Ascolta* attentamente, permette al paziente di completare il proprio racconto senza interruzioni e permette al paziente di pensare prima di rispondere o proseguire.
4. *Facilita le risposte* del paziente sia verbalmente che non verbalmente (uso di incoraggiamenti, del silenzio, di parafrasi, ripetizioni, riformulazioni).
5. Usa *domande concise, facilmente comprensibili*. Evita i termini tecnici o li spiega adeguatamente.
6. Chiede *chiarimenti* o approfondimenti.
Esempio: "Può spiegare cosa intende per...?".

ESPLORAZIONE DEL MONDO INTERNO DEL PAZIENTE

1. Esplora le *idee* del paziente e le sue opinioni circa le cause.
2. Esplora le *preoccupazioni* (compresi le paure e gli effetti sugli stili di vita) legate al problema.
3. Incoraggia l'*espressione dei sentimenti e dei pensieri*.
4. Accoglie le *aspettative* del paziente circa ogni problema.
5. È attento alle espressioni *verbali*, e *non verbali*, del paziente come le posture, le espressioni del viso, il tono della voce ecc. (in particolare del bambino: vedi *griglia specifica ECNV*).

ATTITUDINE EMPATICA DEL MEDICO

1. Assume un *comportamento non verbale* appropriato (contatto visivo, postura, movimento, espressione del viso, tono della voce).
2. Se legge, prende appunti o usa il PC, lo fa in modo da *non interferire* con il dialogo e il rapporto.
3. *Legittima* il punto di vista del paziente, *non giudica*.
4. È in *empatia* con il paziente e lo sostiene. Per esempio: esprime interesse, comprensione, desiderio di fornire aiuto e valorizza gli sforzi del paziente per superare il problema e l'appropriatezza delle soluzioni provate.
5. Tratta con sensibilità gli *argomenti imbarazzanti* e il dolore fisico.
6. Assume un atteggiamento *confidenziale e rilassato*.

7. *Condivide con il paziente i propri pensieri* quando adatti a coinvolgerlo. Esempio: "Ciò che sto pensando ora è...".

INFORMARE

1. Dà informazioni in *quantità assimilabili*, ne verifica la comprensione, usa la risposta del paziente come guida per procedere.
2. Chiede al paziente quali *altre informazioni* possono essergli utili, per esempio riguardo all'eziologia e alla prognosi.
3. Evita di dare informazioni, avvertimenti o rassicurazioni *anzi tempo*.
4. Dà informazioni in modo *chiaro, ordinato*, evitando termini tecnici o spiegandoli.
5. Usa *strumenti visivi* per veicolare le informazioni: diagrammi, modelli, istruzioni scritte...

SPIEGARE

1. Offre un *parere* circa quello che sta succedendo e, se possibile, ne dà una definizione.
2. Chiarisce quale è il *razionale* del proprio parere.
3. Spiega la *causa*, la *serietà*, l'*esito atteso*, le conseguenze a breve e lungo termine.
4. Verifica la *comprensione da parte del paziente* di ciò che è stato detto.
5. Fornisce spiegazioni chiare sulle *indagini e procedure diagnosticoterapeutiche*, compreso ciò che il paziente proverà e come sarà informato dei risultati.
6. Correla le procedure al *piano terapeutico*: significato e aspettative.
7. Fornisce spiegazioni circa i trattamenti offerti: nome, effetti collaterali, vantaggi e svantaggi...
8. Sollecita *commenti da parte del paziente* sull'accettabilità, la fattibilità, le perplessità, le difficoltà; incoraggia domande e pensieri circa potenziali ansie o possibili esiti negativi.

NEGOZIARE E PROGRAMMARE

1. *Discute le opzioni*, cioè: indagini, terapia medica o chirurgica, nessuna terapia o cura, trattamenti non farmacologici (fisioterapia, ausili protesici...), misure preventive.
2. Valuta la *comprensione e l'accettabilità* del programma terapeutico.
3. Ottiene il *punto di vista del paziente* su ciò che ritiene necessario per procedere, indagando eventuali barriere. Incoraggia il paziente a contribuire con le proprie idee, suggerimenti, preferenze... Accetta e prende in considerazione, se necessario, punti di vista alternativi.
4. Tiene conto dello *stile di vita* del paziente, del suo *retroterra culturale*, della sua *rete di supporto sociale* e valuta la disponibilità di altri aiuti.
5. Incoraggia il paziente a *responsabilizzarsi* e ad avere fiducia in se stesso.
6. Coinvolge il paziente dando *suggerimenti più che prescrizioni*.
7. Negoziare un programma accettabile da entrambe le parti.
8. Offre *alternative*.
9. Verifica l'*accettazione* del programma da parte del paziente.
10. Incoraggia il paziente a *discutere ulteriori particolari*.
Esempio: "Ci sono domande che vorreste farmi o qualcosa che vi piacerebbe discutere ulteriormente?".

CHIUSURA DEL COLLOQUIO

1. *Riassume* brevemente.
2. Fissa con il paziente i *successivi passaggi e controlli*.
3. *Chiude* in modo sufficientemente sicuro e spiega *possibili esiti inaspettati*: cosa fare se il piano non funziona, quando e come cercare aiuto.

NOTE:

.....

.....

servazione della seduta videoregistrata oggetto dei singoli incontri ha messo in evidenza come la traccia proposta dalla Calgary-Cambridge Guide costituisca per il medico un mezzo efficace di riflessione e di analisi del proprio stile conversazionale. Inoltre, i suggerimenti e i comportamenti di ciascun pediatra risultano fortemente influenzati, oltre che da conoscenze consolidate e apparentemente oggettive, da esperienze e vissuti personali relativi a quel determinato problema portato in consultazione. Diversa è risultata in ciascun pediatra la valutazione soggettiva di sintomi di minore entità: nell'analisi, per esempio, di un caso di attacco notturno di laringospasmo, l'attitudine all'attivazione del ricovero e del pronto soccorso è risultata diversa a seconda delle esperienze soggettive di ciascuno.

Secondo modulo: le abilità emotive al counselling

La seconda parte di ciascuna giornata formativa, dedicata all'analisi e alla simulazione di una situazione emotivamente critica per il pediatra in ambulatorio, permette di spostare l'attenzione alla propria esperienza interna, e quindi a emozioni, pensieri, immagini, sentimenti, significati interiori, che attraversano la mente e sollecitano il vissuto emotivo del pediatra quando è in interazione col paziente. L'idea di fondo è che attraverso questo esercizio si possa tentare di accrescere nel pediatra stesso la conoscenza della propria esperienza interna, oltre a far circolare nel gruppo e condividere informazioni relative alla reazione emotiva provata in quella particolare situazione. Tutto ciò sulla base del presupposto costruttivista che, a fronte di una situazione data, non esiste una reazione giusta o sbagliata: ciascuno "costruisce" soggettivamente la situazione stessa sulla base del proprio sistema di significati personali, frutto della propria storia evolutiva e della propria precedente esperienza relazionale. Crescita, in tal senso, significa allora acquisizione di una maggiore consapevolezza dei significati personali connessi alle proprie reazioni in quella particolare situazione di visita, e acquisizione di una maggiore ricchezza e flessibilità nel proprio repertorio cognitivo ed emotivo, attraverso il confronto con gli altri.

Il metodo utilizzato fa riferimento alle modalità di auto-osservazione tipiche dell'approccio clinico cognitivista. Si chiede al pediatra di individuare all'interno della visita un momento, una situazione, un passaggio percepito come emo-

TABELLA 3: SCHEDA A-B-C (AUTO-OSSERVAZIONE DI UN MOMENTO EMOTIVAMENTE CRITICO DELLA VISITA PEDIATRICA)

Situazione	Comportamento problematico	I miei pensieri e immagini	Le mie reazioni
Dove eravamo, chi c'era in ambulatorio, in quale momento della visita	Che cosa hanno detto e fatto esattamente il bambino e il genitore	Quali pensieri ho avuto; che cosa mi sono detto; che cosa ho immaginato	Come mi sono sentito; quali sensazioni, emozioni ho avvertito; che cosa ho fatto; che cosa ho detto

tivamente critico, cercando di sintetizzarlo attraverso la scheda A-B-C (tabella 3) di tipo cognitivista: vi è una situazione esterna (prima colonna della scheda) durante un momento particolare della visita, in cui si determina (seconda colonna) il comportamento problematico del bambino e/o del genitore che ha messo in crisi il pediatra. Gli elementi raccolti relativi alle prime due colonne hanno dunque a che fare con la realtà esterna, che non è mai comunque "oggettiva", in quanto viene già in qualche modo selezionata dal pediatra come rilevante per sé; è una realtà che ha a che fare con il modo in cui usualmente egli percepisce e seleziona come pertinenti per sé i dati relazionali. Le due colonne successive riguardano invece più strettamente il pediatra e la sua esperienza interiore in quel momento: quali sono stati i suoi pensieri, che cosa diceva a se stesso, quale era il suo dialogo interno, quali autoistruzioni si dava, quali scenari si immaginava; e infine quali sue reazioni emotive e comportamentali ne conseguivano. Un elemento importante di osservazione e di analisi nella compilazione della scheda è rappresentato certamente dal livello di integrazione tra i due domini dell'esperienza interna: la tendenza a rappresentarsi la realtà e a elaborare l'informazione in termini primariamente cognitivi (dialogo interno, pensieri, regole razionali) o più squisitamente emotivi (dati corporei, immagini sensoriali, sensazioni), e il grado di connessione e di coerenza tra i due livelli.

A partire dunque dalla scheda compilata dal pediatra, si cerca di ricostruire insieme l'evento critico mettendolo, per così dire, in "moviola", ripercorrendolo "al rallentatore", allo scopo di calarsi il più vividamente possibile nell'evento stesso e riattivare nel modo più intenso le varie componenti della propria esperienza soggettiva. In un secondo momento, a turno, anche agli altri pediatri viene chiesto di occupare la sedia del pediatra in esame, di operare uno sforzo di immedesimazione, calandosi immaginariamente nella stessa situazione problematica ed esprimendo le proprie reazioni cognitive, emotive e

comportamentali. Alcune volte si rende necessario l'utilizzo di una "sedia" ulteriore, l'attivazione di un altro punto di vista ancora, che non è quello del pediatra in quella situazione, ma quello della madre o addirittura del bambino: in tal modo si ipotizza e si drammatizza come la madre o il bambino avrebbero potuto sentire il pediatra in quel momento, quali pensieri o emozioni sarebbero stati suscitati in loro, arricchendo così la complessità dell'esperienza attraverso l'identificazione con un terzo.

In tali situazioni emotivamente critiche è emersa, nei diversi incontri, l'insoddisfazione del pediatra rispetto a quanto da lui detto e fatto in quell'occasione, in particolare rispetto alla condivisione empatica del problema, spesso sacrificata all'osservanza di un ordine solo logico e concettuale, molto "medico" e spesso distanziante rispetto a emozioni e sentimenti reciproci. Per valutare in qualche modo la ricaduta di un così grande lavoro su ciascuno dei partecipanti al percorso formativo, vista anche la scarsità delle ricerche in merito, insieme agli esperti formatori e ai discenti, si è anche deciso di dotarsi di alcuni strumenti di valutazione di efficacia del corso: essi vanno riferiti sia alla soddisfazione soggettiva percepita da parte dei pediatri, sia a indicatori oggettivi esterni ottenuti da una ricerca comparata campione-controllo e da una ricerca longitudinale prima-dopo su uno dei pediatri partecipanti.

Il terzo e ultimo articolo di illustrazione del corso sarà dedicato alla presentazione dei risultati di questa valutazione. ♦

Nessun conflitto di interessi a carico degli Autori. Lo studio è stato condotto senza utilizzare alcun finanziamento esterno utilizzando risorse interne ai servizi sanitari.

Bibliografia

- (1) Crupi I, Gangemi M. Dottore, mia figlia ha le coliche! Quaderni acp 2003;6:35.
- (2) Bert G, Quadrino S. Parole di medici, parole di pazienti. Il Pensiero Scientifico Editore, 2002.
- (3) Barry CA, et al. Patients unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000;320:1246-50.
- (4) Embracing patient partnership. *BMJ* suppl. n. 7212, 18 september 1999.
- (5) Greenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative? *BMJ* 1999;318:48-50.